Niveau(x) d'enseignement : 9 Numéro EDUQ : 9370800
Centre d'intérêt : 910

Lecomte Lachapelle, Micheline.

Les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage : document de recherche concernant la clientèle adulte / [Micheline Lecomte Lachapelle]. -- [Montréal] : Commission des écoles catholiques de Montréal, 1990.
69 p. ; 28 cm.

Titre de la couv. Bibliogr. : p. 69.

Vedette(s)-secondaire(s) : Commission des écoles catholiques de Montréal

Descripteur(s) : Santé mentale * Apprentissage de l'adulte * Habileté d'apprentissage * Opinion du personnel * Entrevue * Education des adultes

Identificateur(s) de sujet : Maladie mentale

Démarche d'exploration visant à circonscrire l'ampleur et les paramètres des connaissances et habiletés que nécessite l'intervention pédagogique dans le contexte d'une clientèle atteinte de maladie mentale et en voie de réinsertion sociale. La méthodologie adoptée a été celle de l'entrevue auprès de six personnes-clés reconnues dans leur milieu. Ces entrevues ont permis de se faire une idée générale des besoins de la clientèle en termes d'apprentissage. L'essentiel du document est constitué de la transcription des entrevues, précédée d'une analyse et des perspectives dégagées. En annexe, on a cru bon de joindre quelques définitions des maladies mentales et leur médication ainsi que certaines informations factuelles sur les critères diagnostiques.

Type de document :

les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage

CENTRE DE DOCUMENTATION
CECM

les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage

T 2.75
C4.2

DOCUMENT DE RECHERCHE CONCERNANT LA CLIENTÈLE ADULTE • CECM MAI 1990

9370810

SOMMAIRE

Présentation de l'équipe de recherche 5

Présentation de la démarche 7

Commentaire 9

Analyse et perspectives à partir des entrevues par
Micheline Lecomte Lachapelle, expert-conseil en communication 11

Entrevue avec:

Paul S. Cowen
professeur au Département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal 17

Raymond Beau
psychologue clinicien à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine 23

Louis Guérette
psychiatre à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 31

Conrad Lecomte
professeur titulaire au Département de psychologie de
l'Université de Montréal 39

Michel Tousignant
psychologue, professeur au Département de psychologie à
l'Université du Québec à Montréal 45

Pierre Dorion
conseiller au programme de travaux compensatoires du
YMCA de Montréal Centre-Ville 51

Annexe I: Définition des maladies mentales et leur médication 59
Annexe II: DSM III critères diagnostiques 68
Annexe III: Bibliographie 69

Cette recherche sur les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage s'inscrit dans le cadre de la démarche de Bilan des pratiques d'intervention en santé mentale au Service de l'Éducation des adultes de la CÉCM.

Responsable
Jean Bertrand, Directeur adjoint au Service de l'Éducation aux adultes, CÉCM.

Coordination
Lise Chevrier-Doucet, Conseillère pédagogique au Service d'Éducation aux adultes, CÉCM

Concernant la recherche sur les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage:

Auteure du document
Micheline Lecomte Lachapelle, expert-conseil en communication

Assistante de recherche
Lucie Lecomte, étudiante en psychologie à l'UQAM

Membres du Comité aviseur
Jean Bertrand, Directeur adjoint SEA
Lise Chevrier-Doucet, Conseillère pédagogique SEA
Michel Bernard, Directeur adjoint CREP
Paul Nadeau, Directeur adjoint Centre Saint-Plus X
Claude Gagnon, Formateur CREP
Michel Hénault, Agent de développement Centre Saint-Plus X
Jean Dupont, Formateur, Centre Saint-Plus X
Claire Poirier, Consultante à la CÉCM

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

LE MANDAT

Dans le cadre de sa mission auprès de sa clientèle adulte, le CÉCM met des ressources pédagogiques à la disposition de divers organismes qui travaillent à la réinsertion sociale de personnes atteintes de maladie mentale.

Afin d'actualiser son expertise auprès de cette clientèle, la CÉCM a initiée une recherche-action à deux volets.

Le premier consiste à effectuer un profil de l'expertise actuelle des formateurs dans les divers organismes.

Le deuxième est une démarche d'exploration visant à circonscrire l'ampleur et les paramètres des connaissances et habiletés que nécessitent l'intervention pédagogique dans le contexte d'une clientèle atteinte de maladie mentale et en voie de réinsertion sociale.

Cette recherche-action devra mener à un exercice de consolidation et de rationalisation du travail des formateurs autour d'un modèle d'intervention plus adapté à cette clientèle.

La présente réflexion porte essentiellement sur le deuxième volet de la recherche, le premier faisant l'objet d'un autre document.

Notre démarche consiste essentiellement à connaître les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage.

Nous cherchons à découvrir les éléments fondamentaux dont il faut tenir compte dans le contexte d'une relation pédagogique avec cette clientèle.

LA MÉTHODOLOGIE

Comme notre objectif est de se faire une idée générale des besoins de la clientèle en termes d'apprentissage, nous avons opté pour une méthodologie qui relève davantage du journalisme d'enquête que de la recherche formelle.

Dans une optique exploratoire, il nous a en effet semblé plus profitable d'aller contacter des personnes clés qui sont investies dans la réalité qui nous préoccupe et de leur demander de livrer sous forme d'entrevue le fruit de leur réflexion et de leur travail.

De nombreuses personnes ont été rencontrées dans diverses universités, organisations et institutions. C'est à travers ces communications que les six personnes interviewées ont été identifiées. Il y a définitivement d'autres personnes qui ont des points de vue intéressants et particuliers à amener. Nous avons toutefois procédé avec les réseaux et les disponibilités des personnes ressources au meilleur de notre connaissance.

Les six personnes interviewées sont les suivantes:

P. Cowen,
professeur au Département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal
Raymond Beau,
psychologue clinicien à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine
Louis Guérette,
psychiatre à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal
Conrad Lecomte,
professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal
Michel Tousignant,
psychologue, professeur au Département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal
Pierre Dorion,
conseiller au programme de travaux compensatoires du
YMCA de Montréal Centre-ville

Bien que nous ne nous proposions pas de réaliser une recherche scientifique, nous avons cru bon de joindre en annexes certaines informations factuelles sur les critères diagnostiques, les définitions des maladies mentales et leur médication ainsi qu'une brève bibliographie des grands sujets abordés et auxquels nous avons eu à nous référer.

Le caractère «verbal» conservé dans le langage des entrevues qui suivent est volontaire. La décision de ne pas uniformiser les discours mais plutôt de mettre en relief la personnalité de chacune des personnes interviewées explique ce choix.

COMMENTAIRE

La problématique de la maladie mentale est complexe. Ses incidences sur le processus d'apprentissage sont relatives à bien des facteurs. Le processus d'apprentissage est aussi un phénomène complexe, relatif à bien des facteurs.

Vouloir tracer un portrait des incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentisssage sans faire une recherche scientifique étoffée peut relever de l'aventurisme. Dans le contexte actuel, attendre d'avoir les effectifs humains, financiers et le temps de le faire peut relever de l'utopie.

Ce qui vient légitimer la présente démarche c'est l'humilité de l'apport de l'approche journalistique dans ce dossier. En effet, l'expertise en communication a le mérite d'utiliser les raccourcis tel que le vécu des professionnels et la vulgarisation des messages pour aller chercher le portrait d'une situation rapidement.

On se retrouve en bout de ligne avec un document qui n'est pas scientifique mais qui donne tout de même un bon aperçu de la réalité explorée puisque cette exploration s'appuie sur l'expertise et la crédibilité de professionnels reconnus dans leur milieu.

Les analyses et perspectives qui accompagnent les entrevues sont de mon cru. C'est avec l'éclairage de mon expertise en communication que j'ai fait les analyses et constats qui suivent.

Là non plus on ne retrouve aucune prétention à l'objectivité.

Tout ce document n'est finalement qu'une grande et passionnante conversation entre des professionnels qui désirent aider les personnes atteintes de maladie mentale.

En lisant ces entrevues et les commentaires qui les accompagnent, vous entrez dans le grand débat qu'ouvre ce document de communication.

Je vous souhaite donc une belle expérience dans ce continuum amorcé il y a plusieurs années et qui se continue avec vous aujourd'hui.

C'est avec plaisir que je continuerai cet échange avec vous, soit pour expliquer davantage mon analyse soit pour vous faire partager tout ce que je n'ai malheureusement pas pu mettre dans ce document.

Micheline Lecomte-Lachapelle
Expert-conseil en communication

ANALYSE ET PERSPECTIVE DES ENTREVUES

par: Micheline Lecomte-Lachapelle
Expert-conseil en communication

La CÉCM a initié une démarche systématique de connaissance de sa clientèle qui est atteinte de maladie mentale.

Dans ce contexte six professionnels de disciplines différentes mais qui interviennent dans le champ de la santé mentale, ont été amenés à se prononcer sur la problématique d'apprentissage de ces personnes.

Les six points de vue recueillis proviennent de perceptions et de grilles d'analyse diverses, ce qui fait de ces communications une banque de ressources d'une grande richesse.

Le discours qui se dégage de ces entrevues sur la manière de comprendre cette clientèle et d'interagir avec elle, particulièrement dans l'optique de faciliter sa réinsertion sociale, recoupe certains lieux communs.

En effet, au-delà de la complexité des langages et des messages qu'ils sous-tendent **trois concensus se dégagent en ce qui a trait aux incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage:**

1. La plupart des personnes souffrant de maladie affective peuvent faire les apprentissages qui leur permettront de se réinsérer socialement.

2. Chez les personnes souffrant de schizophrénie la problématique est plus complexe et les possibilités d'apprentissage plus nuancées.

3. Il y a des personnes que la maladie, un environnement inadéquat ou des problèmes de personnalité, ont rendues inaptes à faire les apprentissages nécessaires en vue d'une réinsertion dans la société.

Ces positions sont exprimées différemment dans chacune des entrevues. Elles sont aussi nuancées et relativisées en fonction du sens qu'on donne aux finalités sous-entendues dans les termes **réinsertion sociale**.

NOTES

NOTES

Bien que certaines perceptions, interprétations des causes ou manières d'intervenir diffèrent, on peut dire que certains constats se recoupent. Ainsi, les six personnes interviewées conviennent que:

> **La relation que l'intervenant établie avec une personne atteinte d'une maladie mentale est susceptible d'avoir des incidences directes sur le processus d'apprentissage de cette dernière.**

Cette relation va s'établir et se vivre différemment si on l'initie par le biais du soignant, de l'aidant, de l'enseignant, de l'ami, du parent, etc. Cependant que l'on entre par une porte ou l'autre, on débouche inévitablement sur l'ensemble car, la relation demeure une dynamique qui fait appel à la totalité de la personne qu'elle soit cliente ou intervenant.

Dans cette optique les six entrevues définissent la **relation client-intervenant à partir de trois axes principaux**:

1. l'unicité du client, considéré comme la clé de ses apprentissages.

2. l'approche holistique du client, considéré comme éclairage et processus dynamique de l'apprentissage.

3. le continuum, considéré comme l'aspect évolutif de la situation du client dans le temps et l'espace.

Ces déclarations entraînent certaines **exigences par rapport au travail des intervenants** sur lesquelles les six personnes consultées s'entendent. Selon elles, l'intervenant doit être en mesure:

1. d'instaurer une relation de confiance avec le client permettant de bâtir une intervention à partir de ses besoins.

2. de connaître la problématique médicale de cette personne, c'est-à-dire son type de maladie et ses conséquences, ainsi que sa médication et ses effets.

3. de discerner les symptômes dûs à la maladie, les effets secondaires causés par une médication, le syndrome de l'institution (s'il y a eu vécu institutionnel), les problèmes de comportement dûs à des troubles de la personnalité.

4. de développer des attentes réalistes par rapport à ce client et une interprétation de la réinsertion sociale adaptée aux conditions actuelles d'intervention.

Lorsqu'on parle «d'un individu» aux prises avec une problématique de maladie mentale, il apparaît relativement facile de recueillir des lieux communs, des balises et des principes de base pour lui venir en aide.

Par ailleurs, qu'on aborde le problème sous l'optique du phénomène social et voilà que tout s'embrouille. Il y a l'analyse des causes qui soulève des polémiques. L'hérédité génétique confronte l'héritage psycho-socio-culturel et les deux questionnent les incidences de nos manières de vivre sur notre processus d'apprentissage d'une bonne santé mentale.

Nous observons dans les six entrevues un effort énorme pour sortir du cercle vicieux. L'alternative la plus encourageante demeure **l'approche préventive**. On parle d'empêcher les gens de se désinsérer de la société. On fait référence à des tentatives d'intervention qui pourraient soustraire des individus de l'expérience institutionnelle. On explore des voies d'éducation populaire, de groupe d'entraide, etc.

Au chapitre de la problématique globale concernant les situations de non-désinsertion, de réinsertion et d'institutionnalisation des personnes atteintes de maladie mentale, nos entrevues révèlent trois choses:

1. dans l'état actuel des connaissances, la problématique globale de cette clientèle n'est pas complétée. Nous savons certaines choses mais nous en ignorons beaucoup d'autres tant au plan médical que psycho-social.

2. le rapprochement des diverses disciplines qui ont la problématique de la maladie mentale dans leur champ de connaissance, est imminent. L'information circule et malgré qu'on ne puisse pas encore parler de concertation, on peut entrevoir que la voix d'un modèle d'intervention intégré est ouverte.

3. dans un tel contexte, la grande préoccupation face à la situation est de tenter de freiner la croissance de ces maladies tant que faire se peut, d'équiper les personnes susceptibles de s'en sortir pour qu'elles y arrivent et de créer des asiles les plus humains possible pour celles qui en ont réellement besoin.

A travers ces propos se profilent directement ou entre les lignes les préoccupations concernant:

- les structures de travail à se donner
- les processus de communication à mettre en place
- les instruments technologiques de support à développer
- les programmes de renforcement, de ressourcement et de formation dont il faut se doter.

On parle en fait d'établir une réelle stratégie de réseau à la grandeur du Québec et qui permettrait autant: à **l'intervenant de**

NOTES

s'insérer dans la société d'une manière intégrée et efficace, qu'à **la personne atteinte de maladie mentale** de redevenir un acteur de sa destinée dans ce réseau.

D'une telle stratégie découle une **culture** particulière axée sur la personne non pas renvoyée à elle-même dans une philosophie individualiste mais une personne entière faisant partie intégrante du tout nommé société. Ce type de culture responsabilise et solidarise à la fois l'intervenant qui compte sur les personnes qui composent le tissu social pour aider son client à se réinsérer et le client qui compte sur l'intervenant et le réseau pour se réinsérer.

Les six professionnels consultés témoignent d'une certaine urgence à instaurer de réels processus de concertation. La question demeure, à qui appartient l'initiative d'une telle démarche?

Une conclusion particulière pour la CÉCM

Au bout de cette démarche, la CÉCM a des réponses concernant les incidences de la maladie mentale sur le processus d'apprentissage. Ce ne sont pas des réponses absolues et définitives, d'ailleurs ce n'était pas le sens de ses attentes.

Au-delà de ces réponses il y a des pistes qu'il vaut la peine de dégager.

Ainsi, le contexte provincial présente une problématique déficiente au niveau de la concertation des divers intervenants. La CÉCM ne peut se permettre d'attendre que cela se fasse pour agir. Se mettre à la remorque de l'État équivaudrait à évoluer à un rythme qui ne satisferait ni les intervenants ni les clients.

Prendre une initiative provinciale n'est pas opportune car la CÉCM n'en a ni le mandat ni les moyens.

Il reste donc à la CÉCM à s'organiser pour répondre le mieux possible aux besoins de sa clientèle en soutenant le mieux possible aussi la démarche de ses formateurs.

Si on reprend les trois grands besoins autour desquels devraient se dessiner une stratégie d'intervention intégrée, on retrouve:

1. le besoin de concertation entre les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux (gouvernementaux et autres).

2. le besoin d'être informé et confronté au sujet des nouvelles découvertes aux plans médical et social.

3. le besoin de se former et de se ressourcer d'une manière continue.

NOTES

Maintenant si on tente de traduire ces besoins dans une tentative de création d'un modèle intégré d'intervention, on peut penser à lui donner une forme à trois dimensions:

NOTES

1. L'intervention de réseau

Il s'agit ici d'initier certains projets pilotes de création d'instruments pédagogiques portant essentiellement sur **l'apprentissage de l'utilisation d'un réseau**.

Ces instruments serviraient les formateurs de la CÉCM en tout premier lieu. Et puis, au même titre que la psychiatrie contribue à faire connaître la maladie mentale, la psychologie: la personnalité, le secteur communautaire: la dynamique sociale, etc., la pédagogie affinerait ainsi sa contribution au champ des relations humaines en ce qui a trait à la maladie mentale. Ces instruments serviraient aussi à montrer au client comment utiliser ou créer son réseau.

2. La recherche permanente

Il est question ici de greffer les projets pilotes qui tentent une intervention intégrée, à une université qui assumerait les fonctions de recherche afférentes.

Ainsi le travail des formateurs, s'inscrirait dans une démarche systématique de connaissance et ils seraient informés immédiatement des nouvelle découvertes dans l'ensemble du champ de la santé mentale.

3. La formation continue, et sur mesure

Il s'agit ici de mettre en place un continuum de support et d'actualisation pour les formateurs...

On pense à des séries de conférences, de témoignages, de colloques... On réfère à des programmes et ateliers spécifiques, en fait on planifie en fonction des connaissances et habiletés à développer chez le formateur et avec lesquelles il saura instaurer une bonne relation avec son client et l'aider à réaliser ses apprentissages.

Ce modèle à trois dimensions a le mérite de partir des besoins du client en reconnaissant l'état actuel des connaissances en matière de maladie mentale.

Il place ensuite le formateur dans une démarche de recherche-action, ce qui ressource ce dernier, stimule sa créativité et lui donne une certaine emprise sur le phénomène de la maladie mentale qui nous échappe encore en bonne partie en 1990.

Ce modèle instaure de plus des mécanismes de communication multiples, entre gestionnaires, formateurs, intervenants du réseau, universités, État, et bien sûr les clients. Les messages sont transportés là où ils doivent porter.

Finalement, on peut penser que ce modèle favorise l'affinement et la diffusion de l'apport de la pédagogie dans un domaine où comme le confirme ces six entrevues, on en a grand besoin.

Q. Quelle est la spécificité de l'approche andragogique vs approche thérapeutique ?

① intervention au niveau du [illegible]

② placer les pers. ds un processus de socialisation (pédagogie de projet)

③ amener les pers à faire des choix (élaboration du projet de formation) → prise en charge

④ plan de formation = continuum temps/espace

- intérêts/besoins
- projet de formation (objectifs & attendus)
- suivi
- évaluation
- généralisation

↳ le tout ds une relation d'aide ([illegible])

NOTES

v. p. 13

vision socio-cognitive (Cowan) - organisation du réel

→ résolution de problèmes - projet collectif / travail en groupe

↳ communautaire

Entrevue avec monsieur Paul S. Cowen, professeur au Département de psychologie de l'université du Québec à Montréal

Paul S. Cowen est professeur permanent au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Il s'intéresse particulièrement à: l'influence des traits formels et de la structure narrative sur la compréhension; l'évaluation et la mémoire des récits verbaux et visuels; l'impact de la télévision chez les enfants; la perception des groupes ethniques et minoritaires; l'imagerie mentale; la représentation de l'information visuelle et verbale; la communication persuasive et au changement d'attitudes.

M. Cowen détient les diplômes suivants: Ph. D. Social/Experimental Psychology, SUNY Albany; M.A. Psychology, University of Connecticut, Storrs; B.S. Psychology, City Collège of CUNY; B.F.A. Cinéma, Université Concordia, Montréal.

M. Cowen a été consultant pour le Centre de Services Sociaux Ville-Marie; psychologue communautaire au CLSC Châteauguay; professeur au Collège Dawson; associé de recherche à l'Université de Concordia; assistant de recherche à l'Université de Paris; professeur à l'American College in Paris et consultant au Ministère de l'éducation de l'État de New-York.

M. Cowen a à son actif de nombreuses publications, communications et réalisations audio-visuelles.

M.L.L.: *Pourquoi l'être humain a-t-il besoin d'étiqueter et de catégoriser les choses et les personnes?*

P. Cowen: L'attribution ou l'étiquetage, c'est notre manière d'expliquer ce qui est devant nous. C'est un moyen de s'approprier la réalité.

On tente ainsi d'expliquer pourquoi une personne fait telle chose en fonction de tel contexte. On essaie de comprendre l'apport de la personne, de ses qualités et la contribution de l'environnement dans les causes de tel ou tel comportement.

Nous sommes cependant sensibilisés au fait que notre perception sociale comporte plusieurs tendances et biais. Ce phénomène est inhérent à nos facultés de perceptions de catégorisation, d'interprétation et de compréhension des données sociales. Pensez à certaines données sur les personnes, comme leurs actions, leurs relations, le rôle du contexte dans certaines situations, etc. Cela est bien normal et pas du tout méchant.

Nous créons ainsi une base interactionnelle pour les relations futures ou encore nous construisons notre **impression** de la personne.

On arrive vite à l'évidence que l'étiquetage ou l'attribution influence fondamentalement la nature de la relation qui s'instaure entre les personnes.

M.L.L.: *Le diagnostic psychiatrique représente, à votre avis, quel type d'étiquette?*

P. Cowen: C'est un genre très sophistiqué d'étiquette, comportant une instrumentation et des catégories qui ne sont pas courantes dans la vie quotidienne. Il reste qu'il s'agit quand même d'attribuer les **causes d'un comportement** à quelque chose.

Lorsqu'on classifie une personne dans une certaine catégorie-diagnostic, on déclenche toute une série de prédictions,de tendances, etc., la concernant.

Nous avons parlé des erreurs qui se glissent dans nos perceptions, plus nous en sommes conscients et plus nous sommes prudents dans l'utilisation d'une étiquette. Il nous faut vérifier deux fois plutôt qu'une.

En psychologie sociale on sait qu'il arrive que subtilement ou même inconsciemment, on peut en fonction des attentes qui sont déclenchées à partir d'un étiquetage, préparer le terrain pour réaliser les choses que l'on avait prévues. Comme vous voyez l'étiquetage peut être lourd de conséquences si le scénario prévu était négatif pour le client.

La question du diagnostic répond essentiellement à un souci d'efficacité. Je ne veux pas nier complètement le besoin d'efficacité ni l'aspect pratique et nécessaire d'une telle catégorisation. Nous avons besoin de classer les personnes et les situations, autrement nous serions tout à fait perdus.

Tout le monde a besoin de classifier et de catégoriser les choses... on est à ce chapitre comme un enfant de douze ans!

Par contre il y a un prix à payer pour cette efficacité. Par exemple, une source d'erreur est de regrouper les personnes semblables à l'intérieur d'une classe en ignorant les différences individuelles. On en vient à se centrer sur les différences **entre** les groupes et les ressemblances à **l'intérieur** du groupe, ce qui est déjà une autre source possible d'erreur.

M.L.L.: *Si un formateur nie un diagnostic ou encore l'ignore, cela signifie-t-il qu'il choisit de s'en remettre à son propre système d'interprétation et d'étiquetage du client, puisqu'on n'échappe pas à ce besoin de catégoriser pour s'approprier une réalité?*

P. Cowen: Oui en effet, on peut dire cela. C'est pourquoi il faut être prudent dans l'utilisation d'étiquette. On ne peut jamais dire avec précision à quel point on serait vidé de biais dans la perception sociale et dans notre compréhension et interprétation du comportement de l'autre.

Les tendances par exemple à qualifier de faiblesse des échecs de quelqu'un tandis qu'on a parlé d'environnement et d'obstacles extérieurs pour expliquer nos échecs illustrent bien les nombreux pièges reliés au biais et erreur d'étiquetage.

M.L.L.: *Imaginons que vous êtes formateur auprès d'une clientèle diagnostiquée schizo-*

phrène ou maniaco-dépressive. Comment vous comportez-vous relativement au diagnostic?

P. Cowen: De façon générale, je ne suis pas en amour avec la psychiatrie. Lorsque j'étais thérapeute en milieu de CLSC, j'avais tendance à ignorer les étiquettes et à développer plutôt l'impression du comment cette personne organise son environnement, comment elle traite ses données, comment elle effectue telle ou telle tâche, comment elle se développe.

Je ne peux pas dire que c'était sans catégories. Lorsque tu rencontres entre 150 et 200 personnes par an, il est impossible de traiter chaque personne absolument individuellement. J'avais mes propres catégories mais ce n'était pas nécessairement en rapport avec le diagnostic psychiatrique.

M.L.L.: *Est-ce à dire qu'avec vous le schizophrène n'en était plus un?*

P. Cowen: Au CLSC on n'était pas réellement préoccupé par ces modèles. En fin de compte c'est le modèle médical qui oriente dans ce sens-là.

La notion de diagnostic vient de la médecine et la notion de catégories de maladies différentes est également empruntée au modèle médical.

Je suis polyvalent d'abord et éclectique par tendance. Je ne suis pas marié à un modèle. Ma formation m'incline vers une vision plutôt socio cognitive. Sans être trop académique, je dirai que j'aborde la personne en fonction de sa façon d'organiser sa réalité. Je pense qu'il y a des éléments humanistes à considérer, sans pour autant laisser la personne entièrement à elle-même, selon le modèle Rogérien par exemple, qui lui concède toute liberté de se définir et de se développer sans intervention extérieure.

Je crois qu'il faut être directif, en essayant de guider et d'aider la personne d'une manière claire et précise.

Je pars du principe que la personne a sa propre constitution de la réalité et c'est à partir de sa façon d'organiser cette réalité qu'elle développe son rôle, sa façon d'agir et d'interagir avec autrui. Lorsqu'il y a problème c'est que quelque chose ne marche pas comme il faut dans sa propre logique et organisation des choses.

M.L.L.: *Dans cet ordre d'idée, comment définissez-vous et abordez-vous une personne au comportement inadapté?*

P. Cowen: Lorsqu'une personne ne peut pas prendre soin d'elle-même, qu'elle ne peut pas accéder au niveau minimal des critères que son groupe ou la société a établi comme minimum nécessaire de compétence personnelle, il y a un problème relié à un comportement inadapté.

Je ne discute pas la question de la faute de la personne ou de l'environnement. Je constate simplement qu'il y a chez cette personne un côté obscur qui crée une distortion dans sa possibilité de se réaliser.

Lorsque j'interprète ou oriente mon impression d'une personne en fonction de son stade de développement cognitif et de ses capacités de traiter l'information, je cherche les méthodes d'intervention appropriées à son style et aux méthodes qu'elle prend pour aborder sa vie.

M.L.L.: *Cette conception des choses suggère que la source de l'intervention est d'abord sur le terrain du formateur avant d'être sur celui du client.*

P. Cowen: C'est un modèle d'intervention qui est très populaire en psychologie communautaire et qui est dans un sens une approche anti-psychiatrique. Cette approche s'est développée dans les années 60 et 70, a pris une certaine ampleur et se maintient ces jours-ci. L'anti-psychiatrie comporte un volet préventif fort important. On vise d'abord à prévenir les sources ou les causes des problèmes.

Le mot communautaire suggère aussi une intervention qui a pour but de focusser sur les choses qui englobent le client et qui ont de fortes probabilités d'avoir un impact sur son comportement.

Les organisations, les institutions, les formateurs qui sont en contact avec le client, sont perçus comme les intermédiaires principaux dans une chaîne d'intervention.

La psychologie communautaire a développé ses propres outils et orientations. Disons que c'est un peu plus sociologique que psychologique.

La psychologie communautaire s'intéresse aux grands groupes et à leur rôle dans le bien-être de l'individu. Il y a donc là une tendance vers le groupe, la société, la communauté plutôt que d'isoler l'individu et sa compréhension de sa réalité.

Pour répondre à la question à savoir s'il faut aborder la problématique par les formateurs dans un premier temps plutôt que par le client, je voudrais souligner que c'est une approche reconnue comme fort valable en psychologie communautaire.

M.L.L.: *De quelle manière la psychologie sociale qui se penche davantage sur la personne et sa perception sociale cadre-t-elle dans ce tableau?*

P. Cowen: La psychologie sociale appliquée essaie d'appliquer, comme son nom l'indique, les modèles et théories développés en social aux problèmes réels et concrets. Par exemple, on tente de déterminer comment, toujours dans un contexte de perception sociale, la perception de soi, les rôles que l'on adopte, notre style d'interaction peuvent contribuer à une meilleure compréhension et méthode de traitement de problèmes.

Prenons l'exemple de 2 personnes accidentées pour illustrer cela. Une des deux sort rapidement de l'état dépressif qui suit l'accident tandis que l'état de l'autre se détériore.

On n'utilise aucunement le modèle médical ni le diagnostic dépressif ou schizophrène dans ces cas. On réfère plutôt aux variables exposées plus haut.

Dans le premier cas, la personne croit qu'elle peut changer sa vie malgré les obstacles environnementaux.

Dans le deuxième cas, la personne pense que ce sont les forces de l'environnement qui sont dominantes et qu'elle est impuissante dans la situation.

On voit qu'au lieu de chercher les caractéristiques de l'inconscient qui contribuent à telle ou telle psychose ou problème grave, ce sont davantage les capacités socio cognitives servant à traiter l'information et à se positionner dans un contexte social qui sont les références essentielles.

M.L.L.: *Votre approche éclectique nous amène à penser que le formateur est coincé quelque part entre une approche médicale, sociale, communautaire psychologique et qu'il doive dans ce contexte développer une intervention pédagogique adaptée aux besoins de sa clientèle. N'est-ce pas utopique de demander à un formateur d'assumer cela?*

P. Cowen: Il est difficile de répondre à cette question mais essayons tout de même. D'abord disons que le diagnostic est une manière d'identifier et non d'expliquer. Cette classification peut se faire à partir du modèle médical ou d'un autre modèle.

Le problème se pose au moment de l'interprétation et de l'explication, lorsque l'on veut dire pourquoi tel ou tel comportement existe.

Ainsi on ne peut pas ignorer le fait que certaines personnes ont besoin de médication. On peut discuter cependant sur les impacts des effets secondaires de certains médicaments. Toutefois, le fait de tenir compte de cela n'offre pas pour autant une méthode d'intervention. Ce sont des données descriptives tout simplement.

Maintenant, la manière dont se perçoivent les formateurs, le rôle qu'ils adoptent vont avoir une grande influence sur leurs relations avec la clientèle. Bien sûr il s'agit d'une dynamique interactionnelle.

Si le formateur se voit comme thérapeute, alors il voit le client qui a besoin d'aide avec toutes les connotations que la thérapie suggère. On réfère ici au changement dans la personnalité, au changement dans quelque chose de fondamental dans ses tendances, dans sa perception de soi et des autres...

Par ailleurs il me semble que dans la formation on peut s'éloigner de ces problèmes fondamentaux et établir quand même un traitement. On peut s'occuper des choses manuelles, intellectuelles et des capacités d'effectuer des tâches allant du simple au plus compliqué.

L'entraînement et les ajustements de ces deux perceptions du rôle de formateur sont déterminants. Mais tout n'est pas si simple.

Un enseignant qui fait face à un étudiant qui vit des problèmes personnels dont l'incidence est directe sur son processus d'apprentissage a un choix à faire.

Il peut se définir comme quelqu'un qui est là pour livrer des connaissances à une personne qui est sensée être capable d'apprendre. Il peut aussi se définir comme un éducateur ayant à développer une certaine relation d'aide dans certains contextes définis. Il peut encore se définir comme une personne qui réfère son étudiant à des ressources thérapeutiques lorsque ces cas se présentent.

Il y a quelque chose de particulier dans le fait que quelqu'un quelque part à la CÉCM pense que le rôle principal à assumer auprès de cette clientèle est la formation plutôt que la thérapie.

On sait que la thérapie est vue comme quelque chose qui touche aux questions d'émotion et à la vie affective. L'éducation, de son côté, est perçue comme traitant de problèmes d'ordre intellectuel.

En fait, la personne est tous les deux tout le temps, cognitif et affectif. On ne peut pas diviser. Le positionnement, l'étiquette que se donne le formateur de la CÉCM sont primordiaux dans la nature de la relation qu'il va développer avec sa clientèle.

M.L.L.: *Il y a au-dessus de toutes ces considérations d'ordre plus théorique, la réalité criante d'une clientèle, relativement nombreuse, qui demande une intervention ici et maintenant. Quel professionnel est selon vous le mieux positionné pour répondre à ce besoin?*

P. Cowen: C'est une question très difficile. Il faut d'abord éliminer l'illusion que tout va aller très bien avec cette clientèle. Le niveau de réussite est souvent minimal dans bien des cas. Il faut se donner des objectifs réalistes.

Ceci dit, je crois qu'il faut absolument un psychologue dans le tableau. Il s'agit ici principalement de problèmes de comportement et d'ordre social et la psychologie est justement une discipline dont le sujet est le comportement humain dans un milieu social.

La psychologie sociale cependant ne s'intéresse pas très fort aux questions d'institutions, ça c'est un problème. C'est vu comme étant du domaine de la sociologie que d'étudier l'organisation, le fonctionnement, les services et la perception des personnes dans l'institution.

Je pense que les formateurs en milieu scolaire peuvent avoir une grande contribution à faire. Malheureusement je crois également qu'ils vont avoir un problème important car il s'agit de quelque chose qui déborde leurs capacités. Leur formation ne les a pas préparés à cela.

Une approche multidisciplinaire m'apparaîtrait sans doute une alternative intéressante pour bâtir un programme d'intervention qui tiendrait compte des multiples éléments dont nous avons parlé.

M.L.L.: *Tant qu'à votre contribution, puis-je la résumer en disant que vous souhaitez nous faire réfléchir sur notre propre système d'étiquetage, sur notre capacité de nommer notre processus là-dedans et de clarifier les biais qui nous sont propres en rapport avec cette clientèle?*

P. Cowen: Oui, et dans l'autre sens, comprendre également mieux comment l'autre (le client) catégorise, établit les frontières ou les distinctions, ou mêle les choses d'une façon inappropriée et finalement comment cela contribue à lui causer des problèmes. C'est important de voir le cas, l'individu plutôt que l'étiquette.

Entrevue avec monsieur Raymond Beau, psychologue clinicien à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine

Raymond Beau a obtenu un Baccalauréat en philosophie (France), un Baccalauréat ès science en orientation et une Maîtrise en psychologie (Université de Montréal).

Monsieur Beau a complété de nombreuses formations complémentaires à ses études dont des séminaires sur: l'hypnose, la thérapie brève et l'expertise psycholégale.

Raymond Beau a prononcé une vingtaine de conférences traitant principalement de la psychiatrie versus le travail. Il a aussi publié de nombreux articles sur le sujet.

Il a été président du Conseil d'administration du Centre de travail adapté «le Sextant» et Président du Comité des Normes de l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine. Il a de plus enseigné à l'Université de Sherbrooke.

Monsieur Beau est présentement psychologue clinicien en clinique externe à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine de Montréal. Il agit aussi comme psychologue à l'Institut québécois d'hypnose clinique et expérimentale.

M.L.L.: *Comment vous êtes-vous retrouvé à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine et à vous consacrer à la réinsertion sociale des personnes atteintes de maladie mentale?*

R. Beau: A l'époque où l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine m'a approché, il y avait très peu de psychologues qui s'intéressaient au problème du travail, à la réinsertion sociale au travail, enfin à ce genre de choses.

Lorsque je suis arrivé ici il y avait ce grand service de réadaptation qui regroupait 110 personnes et il fallait faire un plan de réorganisation. J'ai donc fait deux choses. D'abord j'ai fait engager des conseillers d'orientation, parce qu'ils m'apparaissaient les plus préparés à jouer le rôle que j'attendais d'eux dans cet hôpital. Là il y a eu un très beau coup de poker administratif, j'ai pu en engager cinq d'un coup. Puis j'ai pu obtenir un conseiller en main-d'oeuvre qui relevait des services fédéraux. Cela a été possible parce qu'ayant amené un service pour encadrer tout ça, ils commençaient à croire que c'était peut-être possible de remettre les patients psychiatriques au travail. Avant ça avait toujours été considéré comme un échec obligatoire et inévitable. C'était aux alentours de 1975.

Au bout de quelques mois que ces gens-là avaient joint les services externes, ils avaient déjà leur place.

Ils venaient répondre à un besoin naturel mais cela n'est pas toujours évident pour ceux qui avaient une vision traditionnelle de la psychiatrie.

Après il s'est passé une drôle de chose: il y a Denis Lazure qui est arrivé. C'est un homme que j'ai eu beaucoup d'occasions de fréquenter et de respecter par la suite mais j'avoue que mon expérience avec lui ici a été assez raide.

Mon plan de réorganisation des services de réadaptation était prêt. Il a balayé tout ça d'un revers de la main en ne gardant qu'une seule recommandation, c'est qu'on crée un service d'ergothérapie.

Il voulait casser ce service-là et il a fait une multiplicité de services. Il voulait professionnaliser dans l'hôpital et il avait un petit peu calqué le modèle de Rivière-des-Prairies avec la sectorisation globale, la mixité des sexes...

Ce fut très difficile à introduire et, à peine entamé avec les énormes coûts que cela a entraînés, eh bien il y a eu l'arrivée du Parti Québécois au pouvoir...

Je voulais créer une sorte de programme intégré où je mettrais des conseillers d'orientation travaillant avec les équipes et les ateliers, mais vraiment tournés vers la réadaptation et la réinsertion, et il y aurait eu un secteur, à part, d'ateliers à long terme pour les cas à long terme. Ces derniers demandent un type de gestion et de personnel totalement différent.

C'est d'ailleurs ce à quoi on est arrivés cinq ans plus tard.

Je me suis retrouvé avec une promotion un petit peu empoisonnée, je suis devenu Chef de service et on m'a créé un service d'orientation qu'au départ je n'avais pas demandé. Je préférais voir un gros service intégré plutôt qu'un autre service professionnel.

Il y avait cependant un avantage à n'avoir qu'un service professionnel à gérer car je pouvais me concentrer davantage sur l'aspect professionnel clinique, n'étant pas trop absorbé par des activités administratives.

Cette révolution Lazure a été très dure à avaler et a entraîné des années d'une gestion beaucoup moins flamboyante... qui a d'ailleurs été tellement peu flamboyante que ça a appelé tout ce qui est arrivé avec la tutelle de l'hôpital, etc.

L'administration qui est arrivée et qui a introduit la gestion par programme, pour laquelle elle semble avoir une croyance quasi mystique, a systématiquement défait ce qu'avait fait Denis Lazure, donc ils ont supprimé les petits services, dont mon service d'orientation.

Alors, pour moi, d'abolir un service d'éducation physique n'a pas le même poids clinique que l'abolition d'un service qui vise la réinsertion sociale.

M.L.L.: *Comment vous positionnez-vous par rapport au mouvement de désinstitutionnalisa-*

tion? Trouvez-vous que cela aide la cause de la réinsertion sociale?

R. Beau: Ce qu'on voit ici c'est que la clinique externe qui, il n'y a pas si longtemps, comptait 4000 patients en compte maintenant 5000. C'est énorme, c'est une croissance énorme.

Et on essaie maintenant avec la désinstitutionnalisation, à laquelle personnellement je crois très peu, on essaie de mettre des barrières devant l'hôpital. On dit: on n'admettra plus de gens dans l'asile donc il n'y aura plus d'asile.

On va les refouler dans les rues, parce que jamais on ne créera assez de ressources aptes à les recevoir. Ce sont des cas très lourds, qui demandent une multitude de services, des soins physiques importants, une sécurité constante.

Bref, depuis plusieurs années, l'administration de l'hôpital n'a été que brisures successives. Au fond on en revient au plan initial quand il y avait l'administration religieuse, c'est-à-dire d'avoir le long terme, le court terme, un groupe pour les déficients mentaux dont on pensait qu'ils quitteraient un jour l'hôpital, ce genre de choses.

Il n'y avait pas autant de conflits de personnalités en ces temps-là, de recherche effrénée du pouvoir. C'est un jugement dur mais je trouve que c'était plus sain.

M.L.L.: *Vous faites un lien direct entre la crise de l'institution et la situation que l'on vit ici avec la désinstitutionnalisation?*

R. Beau: J'ai l'impression que c'est une mission impossible. Les «nouveaux» gestionnaires croient au départ qu'ils vont être capables de régler un problème qui est beaucoup plus fort qu'eux, plus fort qu'ils ne l'imaginent. Alors ils en sont arrivés à faire des promesses qu'ils n'arrivent pas à tenir à des fonctionnaires et à des ministres du gouvernement. C'est pourquoi on vit les présents problèmes à Louis-Hippolyte Lafontaine. Dans cet état d'esprit, au lieu de confier toutes les missions à Louis-Hyppolite Lafontaine on en détourne deux qu'on va confier à d'autres personnes. Ça va bien forcer à séparer le monstre en plusieurs morceaux. On va peut-être simplement créer des coûts supplémentaires.

M.L.L.: *Dans ce contexte, est-il encore possible à votre avis de parler de réinsertion sociale?*

R. Beau: Je pense qu'il y a un passif qu'il est très difficile de réinsérer. Ce passif-là il faut l'héberger, l'abriter, lui donner de meilleurs locaux qu'il a ici, le traiter avec humanité, on ne le réadaptera pas.

Je pense qu'il y a des gens qui sont ici depuis plus d'une dizaine d'années et qui ne sont plus capables de sortir. Pas plus que quelqu'un qui est en prison depuis 30 ans peut sortir facilement.

Ce n'est pas uniquement lié à sa santé mentale mais à une fragilité acquise. Il y a des gens, c'est bien connu, qui sont asymptômatiques dans l'hôpital. Ils sont évidemment bien suivis, ont une médication et tout va bien. On veut souvent véhiculer l'impression qu'on ne fait pas ce qu'il faut ou pas assez pour ces gens-là. Mais c'est tout à fait faux. Ces gens-là sont très bien suivis.

Mais si vous les mettez en dehors de l'institution pour essayer de les faire vivre dans un centre d'accueil, on dirait que comme par magie leurs symptômes réapparaissent quelques semaines après.

On a essayé de sortir des tas de gens du long terme. On les a envoyés dehors et maintenant ils encombrent les salles d'admission, parce qu'on a fermé la porte du long terme... On a créé nous-mêmes le phénomène d'encombrement des salles d'admission avec de l'esprit magique.

Et moi je pense utile, non de faire des choses désespérées pour des gens qui sont beaucoup trop hypothéqués, mais d'empêcher que l'autre grossisse, c'est-à-dire le court terme.

On retrouve là des personnes qui sont maniaco-dépressives, des schizophrènes, qui ont des problèmes de personnalité, des maladies organiques... et qui ont des personnalités extrêmement dépendantes, qui sont fragiles et qui ont en général des médications assez lourdes. C'est donc une clientèle qu'on maintient déjà à grand-peine en

dehors de l'hôpital. Et on retrouve une partie de cette clientèle qui depuis l'apparition des neuroleptiques dans les années 1950, qui reste dehors de peine et de misère.

Donc dans la clientèle de désinstitutionnalisation, il faut à mon sens intégrer cette clientèle externe pour lui donner plus de moyens. Elle est, si vous voulez, la plus légère des clientèles lourdes. C'est la seule qu'on peut raisonnablement cibler, le reste c'est du rêve.

Mais ce qui est le plus utile finalement, et je dis que la dernière administration de Louis-Hippolyte Lafontaine fait du bon travail à cet effet, c'est de créer des centres de jour, des ateliers extérieurs. Ce que j'avais demandé en 1974... En tout cas c'est fait et c'est utile.

M.L.L.*Voulez-vous prendre quelques moments ici pour revenir préciser le phénomène de la demande croissante en externe que vous avez soulevé un peu avant?*

R. Beau: Ce que je vois c'est que quand on regarde les diagnostics dans les admissions il y a une quinzaines d'années on voyait énormément de schizophrènes. Maintenant on voit presqu'à proportion égale, et je pense de façon supérieure, des troubles affectifs quand on y inclut toutes les formes de dépression. Il y a plus de demandes d'admission dans cette clientèle-là que chez les schizophrènes.

Il y a une croissance énorme des troubles anxieux, des gens qui font des crises de panique, qui sont phobiques... des victimes de violence. C'est toute une nouvelle clientèle psychiatrique qui peut être en général compétitive, active, capable souvent de tenir un emploi mais qui est victime d'un trouble affectif.

Ce sont des clientèles qu'il faut cibler de toute urgence pour ne pas que ces gens se fassent éliminer du marché du travail. Ils ont autant de chances d'être intelligent que n'importe qui mais ils ont ce fardeau à porter.

D'ailleurs on trouve, parmi les maniaco-dépressifs, des politiciens, des hommes d'affaires très connus, des artistes qui ont eu le courage d'en parler et de dire comment ils s'en sortent.

C'est cette clientèle qui est pour moi prioritaire. Il faut empêcher ces personnes de quitter le marché du travail. On travaillera donc à la non-désinsertion sociale. Il faut à cette clientèle un service totalement individualisé.

M.L.L.: *Que suggérez-vous comme programme d'intervention auprès des clientèles schizophrènes?*

R. Beau: Disons que les schizophrènes en grande majorité n'accèdent pas au marché du travail. C'est une maladie qui apparaît chez les jeunes en général, donc qui handicape extrêmement tôt. La grande majorité n'arrive pas à garder un emploi ni à pousser des études jusqu'au bout.

Ils ont besoin d'avoir des situations qui sont supportées d'une façon quelconque. Mais il ne faut pas baisser les bras devant ça.

Il y a justement ici un excellent programme pour les jeunes adultes, avec beaucoup de traitement de groupe et en ayant des demandes très minimales au départ, on arrive à les amener plus loin qu'on les amenait avant. Ça a déjà passé le stade expérimental. Mais il y a beaucoup de cas où on doit s'avouer vaincu par la maladie. C'est fort la maladie mentale voyez-vous, on ne peut pas tout vaincre.

M.L.L.: *Si je comprends bien, la science est loin d'avoir toutes les réponses?*

R. Beau: Pour ces maladies-là, on n'a pas vraiment créé la deuxième génération de médication neuroleptique qui pourrait aider à guérir vraiment.

Les médications n'ont pas énormément évolués depuis 25 ans en ce qui touche les anti-psychotiques.

Elles viennent d'évoluer assez rapidement avec un nouvel antidépresseur sur le marché, le PROSAC dont on a vu des articles extraordinaires dans le Newsweek.

J'ai constaté qu'en conjugaison avec le genre de psychothérapie que je fais pour les problèmes anxiété, cela donne des résultats surprenants dans certains cas.

Là il y a une trouée... on n'aurait pas eu de tels résultats il y a 3 ou 4 ans.

M.L.L.: *Vous êtes sans doute au fait qu'il existe de nombreux intervenants qui ignorent pour une raison ou l'autre le diagnostic de leur client, que pensez-vous de cela?*

R. Beau: Ils travaillent dans le vide. Il s'agit trop souvent là d'activisme thérapeutique, d'avoir des objectifs déraisonnables, de leur faire vivre des échecs inutiles. On risque de commettre des erreurs regrettables. L'éclairage psychiatrique leur permettrait de mieux rationaliser leur travail.

Je trouve que là-dedans les concepts ne sont pas clairs. Les concepts de réadaptation, de réinsertion, les clientèles-cibles, tout ça c'est très désordonné.

Il y a aussi que des professionnels qui travaillent là-dedans voudraient toujours réadapter et il y a beaucoup d'activisme qui a été fait. C'est dangereux.

M.L.L.: *Voulez-vous différencier les concepts de réadaptation et réinsertion?*

R. Beau: Réadapter c'est faire progresser une personne via des programmes d'aide qui lui permettent de franchir une étape. Donc on se réadapte toujours à sa propre mesure.

Réinsérer quelqu'un au marché du travail c'est le mettre sur le marché du travail, non pas le mettre dans un atelier protégé.

Ce n'est pas le faire vivre pendant des années sur des programmes subventionnés qui débouchent sur le chômage.

Le meilleur terme que nous ayons trouvé pour parler de réinsertion est «réinsertion socio-professionnelle».

Cela définit que quelqu'un ne peut pas travailler et être hospitalisé en même temps; c'est impossible. On emploie le terme réinsertion sociale globalement sans l'avoir bien défini.

On sort quelqu'un d'un hôpital et on l'envoie dans un centre d'accueil... et on dit qu'on a fait de la réinsertion. C'est pas ça. On a changé une institution pour une autre. Donc on crée des maisons de soutien, quelqu'un va pouvoir quitter l'hôpital, aller dans un centre d'accueil, dans un atelier protégé...

Ce qu'on ne réalise pas très bien c'est que c'est le tonneau des Danaïdes, il n'a pas de fond.

M.L.L.: *Où s'en va-t-on avec tout ça à votre avis?*

R. Beau: Je ne lis pas la boule de cristal, je ne veux pas parler à travers mon chapeau. Ce que je vois c'est qu'avec le vieillissement de la population, avec l'hyper-compétitivité exigée du marché du travail, avec l'augmentation de la maladie mentale, disons plutôt avec la fragilisation de la santé mentale globale des gens on va se retrouver avec une société qui devra offrir moins mais à plus de personnes.

Il va falloir s'asseoir et se concerter.

M.L.L.: *Croyez-vous que les personnes allophones peuvent s'inscrire dans la démarche des Québécois au chapitre du traitement de la maladie mentale?*

R. Beau: Cela va nécessiter l'apport des psychiatres allophones eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils ne soient pas biaisés culturellement.

Par exemple un psychiatre québécois peut être dérouté par les symptômes d'un malade haïtien.

Une décompensation n'a pas le même sens clinique chez un Haïtien que chez un Québécois.

Il faut bien comprendre ça. L'hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine compte de bonnes ressources à ce chapitre. Vous savez, l'hôpital recouvre 7 secteurs, c'est énorme ce qu'on donne de services de cliniques externes.

M.L.L.: *Croyez-vous que la nouvelle politique concernant la santé mentale va traiter de ces aspects?*

R. Beau: Je n'en ai aucune idée. Ces politiques ne sont jamais faites en liens véritables avec la base. C'est fait par des fonctionnaires. Ils consultent énormément mais ils n'ont pas assez de contact avec la base. On a très peu de chance de se faire écouter. Je ne peux passer mon temps à prêcher la bonne parole... Mon travail me prend à la semaine longue.

Je pense qu'il faudrait à tout prix que le milieu scolaire se mette en quête de psychiatres et se spécialise dans les problèmes des enfants et des adolescents afin de créer dans le milieu de façon préventive l'équivalent des équipes multidisciplinaires qu'il y a en psychiatrie de secteur.

Ça me paraît indispensable.

M.L.L.*Vous proposez d'entrer les psychiatres dans les écoles et de mettre en place des programmes de prévention?*

R. Beau: Oui, je ne pense pas que les psychologues scolaires soient vraiment prêts à affronter ce genre de défi.

Il faut travailler au niveau de la maladie mentale précoce et des troubles psychologiques profonds.

L'école c'est fait pour apprendre, mais plus ça va, plus ça devient un genre de milieu où se vivent les premiers problèmes psychologiques profonds des enfants. Le rôle de professeur a fondamentalement changé depuis une dizaine d'années.

M.L.L.: *Comment percevez-vous l'approche anti-psychiatrique?*

R. Beau: Je pense que c'est un peu déphasé. C'est quelque chose qui a perdu beaucoup de vigueur.

C'est trop idéologique.

Si je peux aider les gens plus rapidement et plus efficacement avec les psychiatres, je travaille avec eux.

Dans la mesure où je suis capable d'aider les gens sans qu'ils aient jamais recours à la médication et qu'ils se prouvent à eux-mêmes qu'ils peuvent s'aider avec leurs propres ressources, je suis très heureux. Mais je ne peux pas toujours le faire.

Je pense que vouloir les maintenir dans mon orbite psychologique par idéologie c'est dangereux.

J'ai vu des tas de gens qui sont allés consulter en bureau privé pendant des années... les psychologues et les psychanalystes ou médecins qui les avaient comme clients, n'avaient pas assez d'expérience psychiatrique et ont enfermé ces gens-là dans un traitement psychologique sans voir qu'ils avaient un problème qui dépassait leurs capacités. Je trouve ça anti-professionnel. Moi je fuis l'idéologie dans ce domaine-là parce que c'est la source de tous les maux.

M.L.L.: *Il y a des universités qui forment pourtant des psychologues à l'approche anti-psychiatrique...*

P. Beau: Je ne donne qu'un avis personnel. Je crois que plus on idéologise, plus on déprofessionnalise. Finalement ce n'est pas un mode d'intervention qu'on défend, c'est une idéologie.

Il y a un problème. Les gens se sentent tellement coupables ou mal à l'aise avec ces problèmes-là qu'ils inventent un langage nouveau tous les 10 ans. Maintenant, on parle de santé mentale, on semble oublier que c'est de maladie mentale dont il faudrait parler et que c'est de gens malades dont on s'occupe.

Quand on parle par exemple de santé mentale au travail, on débouche sur n'importe quoi, sur la politique, la sociologie, l'ergonomie... sur l'idéologie sociale. Le champ devient tellement immense que tout le monde s'y perd. L'horizon, on ne le voit même plus. Tandis que quand on parle de maladie mentale on parle de quelque chose de beaucoup plus précis.

On sait qu'il y a une zone grise de la santé à la maladie, il y a des gens qui sont affectés par quelque chose.

On ne pense pas à recréer un monde idéal où le travail sera tellement merveilleux qu'il ne rendra jamais personne malade. On sait que c'est impossible.

Il y a des gens qui aiment se perdre dans les rêves. Ils aiment les recommandations vertueuses. Tout le monde aime la vertu et c'est facile d'être pour la vertu dans ce domaine-là. C'est moins facile de jongler avec la réalité.

La réalité c'est la maladie qui est en train de se fabriquer et qu'il faut essayer de ne pas laisser grossir.

Il faut prendre les gens assez tôt, former des omnipraticiens, empêcher des gens compétitifs de perdre leur emploi, réinsérer très rapidement les gens qui se sont fait décoller du marché du travail et qui sont des citoyens utiles à la société.

M.L.L.: *En terminant, quel avis donneriez-vous aux pédagogues qui travaillent à créer des programmes d'apprentissage d'habiletés de vie en vue de faciliter la réinsertion sociale?*

R. Beau: Les pédagogues ont toujours une perspective d'apprentissage. Je risque une idée.

On va souvent créer des programmes où des gens se sont admirablement dévoués, ont créé d'excellentes méthodes pédagogiques... On voit le même phénomène qu'on retrouve dans la maladie mentale: la compulsion de répétition. C'est-à-dire que toujours les gens vont arriver à une porte bloquée. On les débloque sans arrêt et ils vont toujours se retrouver devant une porte fermée au bout du compte.

La société est devenue trop difficile, elle est trop compliquée. Ces personnes n'arrivent plus à évoluer, c'est devenu un labyrinthe.

Au lieu de penser à se battre pour réintégrer, il faut dans certains cas se battre pour créer certaines bulles où ils vont pouvoir vivre et travailler.

C'est bien de travailler en pédagogue, mais il faut se questionner sur les finalités de tout ça.

Il est important de consulter des spécialistes de la question, et d'intégrer des cliniciens afin d'aider à rationaliser le travail des formateurs.

Entrevue avec monsieur Louis Guérette, psychiatre à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

Louis Guérette se présente avant tout comme un clinicien. Il affirme n'adhérer à aucune école de pensée spécifique. Il exprime une certaine hostilité face aux classifications, que ce soit dans le champ nationaliste, professionnel ou du diagnostic.

Monsieur Guérette croit davantage à la démocratisation de la pensée et considère que dans son métier c'est la relation avec la personne qui est la pierre angulaire de son travail. Les questions d'ordre épistémologique l'intéressent particulièrement.

Louis Guérette a étudié en médecine, en anthropologie et en psychiatrie aux universités McGill, Laval et Montréal. Il occupe le poste de psychiatre à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et enseigne à l'Université de Montréal.

M.L.L.: *Vous avez la réputation d'être très fort en ce qui a trait au diagnostic psychiatrique...*

L. Guérette: Je suis soucieux de définir les diagnostics et d'aider les gens à savoir ce qu'ils font.

Mais quand on s'engage dans un traitement, ça ne prend pas de temps que le diagnostic prend le bord.

Une fois qu'on en a pris un soin élémentaire, on considère chaque cas comme un cas unique.

Le diagnostic consiste à voir dans une personne ce qui est semblable à toutes les autres personnes qui ont le même diagnostic.

C'est un peu comme dans les sciences exactes, on classifie les plantes en telle ou telle catégorie... on classifie les malades mentaux en telle ou telle catégorie...

Foucault, le philosophe français, avait fait un rapport entre le jardin des plantes, les classifications et la psychiatrie.

Mais ce n'est pas ça qui est le plus important. Ce qui est important c'est ce qui se passe entre deux personnes.

M.L.L.: *A votre avis, comment les pédagogues devraient-ils positionner leur relation avec les personnes schizophrènes, maniaco-dépressive ou atteintes de dépression profonde?*

L. Guérette: J'aimerais commencer ma réponse par un commentaire.

Le terme schizophrénie, ça va. On ne dit plus psychose maniaco-dépressive, on dit maladies affectives dans lesquelles on retrouve des états maniaques et dépressifs.

Troisièmement, la dépression profonde fait partie du complexe «maladies affectives».

En effet il y a trois grands types de psychoses: la schizophrénie, les maladies affectives et la psychose paranoïde.

De cette dernière catégorie, on en retrouve parfois dans les salles de cours pour adultes. Il y a des professeurs qui ont déjà eu des menaces de mort de ces personnes... C'est pour vous dire qu'il est pertinent d'en tenir compte.

La schizophrénie c'est une maladie de la pensée. Ce qui ne marche pas dans la schizophrénie essentiellement c'est le processus associatif, la capacité d'abstraction, la programmation du logiciel, si on peut dire, qui est mal faite ou qui se défait.

La maladie affective, c'est une maladie de l'humeur. Les gens pensent très logiquement dans une maladie affective.

La structure externe logique est conservée sauf que l'humeur est affectée. Alors les personnes peuvent devenir très déprimées ou très excitées. Ce n'est qu'accessoirement qu'on aura des troubles de la pensée.

En schizophrénie ce n'est qu'accessoirement qu'on va avoir des troubles de l'humeur. Si je fais ces distinctions c'est parce que c'est pertinent pour l'apprentissage.

La paranoïa concerne les personnes qui ont un délire paranoïaque. A côté de cela, elles n'ont pas de troubles de la pensée ni de troubles de l'humeur.

Vous pouvez avoir des professeurs d'université qui sont paranoïaques, des hommes d'État... ces gens-là peuvent être très brillants, avoir ça pendant des années et tout le monde de leur entourage peut l'ignorer s'ils n'en parlent pas.

Le paranoïaque c'est un peu comme un superbe Stradivarius dont une corde serait fausse. Vous pouvez jouer les plus belles mélodies du monde sur les 3 premières cordes, tant que vous ne touchez pas à la quatrième, vous ne saurez jamais qu'il y a une corde de fausse.

Pour l'apprentissage, ces maladies se présentent différemment.

La schizophrénie est la plus grave de ces maladies mais contrairement à ce qu'on a cru longtemps, ce n'est pas la plus fréquente. Justement parce qu'on ne savait pas bien faire les diagnostics, en Amérique du Nord on disait que c'était la plus fréquente.

La schizophrénie n'est pas la plus fréquente mais c'est la plus sauvage. On sait que concer-

nant cette maladie de la pensée, il y a un quart des patients qui évolue de plus en plus mal, un autre quart qui évolue très bien, et la moitié qui s'améliore mais qui continue à fonctionner avec un déficit.

Dans la mesure où ces gens-là ont de la difficulté à comprendre, à s'exprimer et à organiser leur pensée: sur un plan d'apprentissage, je dirais sur un plan Piagétien, c'est fascinant la schizophrénie.

Comme ils ont des difficultés d'abstraction, ils ont de la misère à faire des liens, à classifier, à structurer... alors vous voyez l'incidence que ça peut avoir sur la formation.

Comme aussi c'est une maladie qui apparaît au début de la jeunesse, on voit des jeunes gens qui font des études brillantes, qui ont souvent des troubles interpersonnels, puis commencent l'université: puis clac!... ils sont fauchés par la psychose.

On les soigne, on les remet sur le chemin; ils essaient, mais ils ont de la difficulté à fonctionner.

Ils ne sont plus délirants mais ils ont des troubles de concentration... des fois justement parce qu'ils ne sont pas délirants, ils savent qu'ils sont malades et ils vont se suicider. La lucidité est le moment le plus dangereux pour le suicide.

Tant qu'il délire, le schizophrène se prend pour Dieu, etc., mais si on le guérit à la légère, c'est-à-dire si on lui enlève le délire à la légère, qu'on n'est pas capable de lui enlever son trouble de la pensée et qu'on lui rend la lucidité sur sa déchéance, on risque de le perdre par suicide. Çà arrive et c'est triste.

M.L.L.: *Il existe donc un certain danger d'amener ces gens-là à travers un processus d'apprentissage dans un groupe à une certaine lucidité qui pourrait déclencher ce genre de crise?*

L. Guérette: Voilà, maintenant il ne faut pas s'empêcher d'agir. Il faut le faire avec précaution. On sait que trop de stress chez ces personnes entraîne une désorganisation du processus de la pensée.

Je pense que le stress amène la formation de produits chimiques dans le sang qui ressemblent un peu à l'adrénaline et qui ont chez eux des propriétés hallucinogènes. Ça fait un peu science-fiction. La plupart des chercheurs n'iraient pas jusque-là...

Le stress provoque chez eux des effets qu'il ne provoque pas chez les autres.

Il faut donc éviter les situations stressantes, même les situations agréables.

On s'est aperçu dans les dernières années que ces gens-là vivent mieux dans des situations à faible intensité émotionnelle, même bonne.

Mais tout ça, c'est un continuum et ils peuvent avancer.

On sait aussi que pour la plupart de ces personnes, si elles abandonnent leurs médicaments au bout d'un an il y a 45% de rechute et au bout de deux ans il y a 90% de rechute. Ce sont des études qui l'ont abondamment démontré, psychologie communautaire ou pas.

Ce n'est pas une question de philosophie, on n'est pas propilules pour autant, c'est une donnée scientifique.

M.L.L. *Abordons si vous le voulez bien le cas des maladies affectives.*

L. Guérette: Les maladies affectives, c'est une autre histoire. C'est aussi une maladie biologique mais ça ne touche pas le processus de la pensée et en dehors des crises psychotiques les gens sont très bien.

C'est une maladie malheureusement qui a tendance à être récurrente et qui a une dimension familiale plus que la schizophrénie.

Si vous avez un cas de maniaco-dépression vous avez de bonnes chances d'en retrouver du côté du père ou de la mère.

Prenons un exemple de gens qui font un épisode maniaque, ou dépressif, ils peuvent être délirants, suicidaires, agressifs. Ils peuvent dépenser tout leur argent, avoir des conduites sexuelles débridées...

Lorsqu'ils reviennent à eux, par traitement ou spontanément, parce que la crise s'estompe

après un certain temps, il est possible que ça finisse par un suicide. Virginia Wolf s'est suicidée dans un état comme ça.

Quand ils reviennent à eux donc, ils sont bien. La question c'est: comment vont-ils rester bien?

On s'est aperçu que le lithium est un médicament qui empêche les rechutes. Ce n'est pas vrai qu'on a besoin de lithium dans le sang. Ce n'est pas vrai non plus que s'ils arrêtent leur lithium ils vont retomber.

S'ils arrêtent leur lithium, s'ils ont à retomber, ils vont retomber. C'est un peu comme un parapluie, le lithium. Si vous sortez avec votre parapluie et qu'il ne pleut pas vous pouvez fermer votre parapluie, vous ne vous ferez pas mouiller. Mais si vous sortez sans parapluie et qu'il pleut, là vous allez être mouillé...

Une personne qui est atteinte de maladie affective, si elle ne prend pas son parapluie, ou si elle ne prend pas son lithium, ça ne veut pas dire qu'elle va faire une rechute; mais si elle est due pour en faire pour des raisons qui ont à voir avec les saisons, le cycle particulier de la personne et d'autres facteurs qu'on commence à peine à connaître, alors elle va retomber.

Mais le fait d'avoir une maladie affective, n'est pas une raison pour ne pas viser des ambitions académiques.

Il y a des psychiatres qui ont des maladies affectives, il y a des hommes d'État et de grands écrivains aussi. Churchill était en manies pendant de bons bouts de temps.

Ces gens-là quand ils ont un peu de jugement, finissent par réaliser qu'ils sont fous, appelons ça comme ça volontairement parce que c'est ce qui est dur à prendre, et ils décident de se soigner. Après ça ils s'en sortent. Ils apprennent à voir venir les signes avant-coureurs et s'en occupent. Ils se responsabilisent.

M.L.L.: *Dans votre manière de parler de la maladie mentale, je décèle un effort de simplifier le langage et sans doute de combattre les tabous...*

L. Guérette: Avant on croyait que les maladies psychiatriques, c'était moral.

La psychanalyse nous avait aussi entraînés à penser que c'étaient des affaires en dedans de soi, des conflits.

Tandis que ces affaires-là c'est comme la grippe ou la sclérose en plaques. C'est plus effrayant que certaines maladies et moins effrayant que d'autres. Quand on la connaît on se soigne et ça finit là.

Les gens qui ont des maladies affectives sont bien plus aptes à faire des études que les schizophrènes. Lorsqu'ils n'ont pas leur maladie affective, ils sont parfaits.

M.L.L.: *Le lithium, qui diminue les chances de faire des rechutes, affecte-t-il les capacités intellectuelles?*

L. Guérette: La plupart des gens disent non sauf que certains artistes qui ont des maladies affectives disent que ça diminue parfois leur créativité.

Dans chaque cas il faut peser le pour et le contre. Tout le monde ne réagit pas de la même façon aux médicaments... Il faut que ça soit mesuré.

Il n'y a pas de raison de penser qu'une personne souffrant d'une maladie affective ne puisse pas faire d'études.

Sauf que pour la personne qui a une maladie affective qui revient chaque année depuis qu'elle a 18 ans, et qu'elle en a 40, il est probable que sa vie a été complètement perturbée. En plus d'avoir une maladie affective elle a un trouble de caractère profond: agressivité, dépendance, découragement, aliénation, anomie, etc.

Les gens qui ont un vécu d'institution sont souvent de bons exemples de pathologie surajoutée.

Mais il ne faut pas confondre pour autant le syndrome institutionnel avec la maladie. Il ne faut pas confondre le trouble de caractère qui est le résultat de multiples échecs causés par la maladie, avec la maladie comme telle.

M.L.L.: *Est-ce qu'il faut conclure de votre analyse qu'il faille*

cibler de manière très pointue les clientèles capables d'apprentissage? Par exemple en recrutant des personnes sans long vécu institutionnel, sans dommages graves à la personnalité, etc?

L. Guérette: J'hésiterais à aller aussi loin que vous. Vous tirez des conclusions très rapides de ce que j'ai dit qui sont peut-être valables statistiquement mais qui risquent de vous entraîner à refuser des chances de développement à des gens qui n'appartiennent pas à la clientèle-cible et qui pourraient être d'excellents candidats.

Premièrement, on peut se tromper dans nos diagnostics. Deuxièmement, même si le diagnostic est là il reste encore des possibilités de développement.
Ce n'est pas une science exacte.

J'aimerais mieux garder ça ouvert, donner une chance au coureur. Émettre quelques conditions minimales pour entrer dans le programme et voir dans chaque cas comment la personne réagit.

Ça ne serait pas juste d'éliminer quelqu'un sur un diagnostic.

J'ai vu des gens se sortir de situations desquelles j'aurais jamais cru possible de le faire. J'ai vu d'autres gens couler lamentablement alors que je pensais que ça allait marcher.

M.L.L.: *Passons si vous le voulez bien à la catégorie paranoïaque...*

L. Guérette: Ces gens n'ont pas de troubles de la pensée, pas de troubles des émotions, ils sont aussi capables de réussir que la deuxième catégorie.

Quand on a affaire à de vrais paranoïaques, leur délire est souvent limité. Ils sont capables d'arriver, comme on dit.

C'est dur à traiter, ça se soigne uniquement avec des neuroleptiques. La psychothérapie ne soigne pas ça. Je vois souvent des gens arriver après 4 ans de psychanalyse pour une psychose que le psychanalyste n'était pas capable de déceler.

On les hospitalise, on les traite et ils sortent. Je ne peux pas m'empêcher de défendre un peu la psychiatrie parce qu'on dit tellement de choses contre. Il y a plein de points discutables en psychiatrie mais c'est souvent pas ce dont on nous accuse.

Alors les paranoïaques peuvent étudier. Je me souviens de professeurs qui m'ont consulté parce qu'ils avaient dans leur classe des étudiants qui leur faisaient des menaces de mort. Ça arrive.

M.L.L.: *Que feriez-vous si vous étiez un éducateur devant composer avec cette clientèle?*

L. Guérette: Il me semble qu'il y a deux questions qui se posent spontanément, cela va peut-être vous sembler provocant mais tant pis.

Premièrement, si j'étais un éducateur et que je mettais sur pied un programme pour des gens qui arrivent des structures psychiatriques, j'exigerais d'avoir une ligne ouverte avec l'organisme soignant. Je voudrais savoir ce que l'institution pense de ce candidat-là.

Je prendrais ça avec un grain de sel parce que je sais que moi, comme soignant, mon patient je veux qu'il arrive. Je le pousse et je vais même l'embellir consciemment ou inconsciemment pour qu'il rentre dans un programme.

Des fois, si je suis découragé, je vais dire qu'il n'y a rien à faire avec. C'est une arme à deux tranchants.

Je prendrais ça donc avec un grain de sel mais je trouverais néanmoins très important d'être en contact avec l'institution. Si le thérapeute dit tout de suite: cette personne n'est pas prête, mais dans six mois, oui... j'aurais tendance à me fier là-dessus.

J'aimerais aussi avoir le diagnostic. Savoir à quels types de problèmes je peux m'attendre si ça ne va pas, les risques de rechute, les symptômes que la personne est susceptible d'avoir, ses capacités de développement... bien que sur ce dernier point l'éducateur a probablement plus de compétences que le psychiatre pour évaluer les capacités d'apprentissage.

En tant que psychiatre, si j'ai en face de moi un éducateur qui a plusieurs années d'expérience, je crois qu'il a plus d'expertise

que moi pour décider jusqu'où il peut aller. L'idéal c'est qu'on puisse se parler.

Si le patient a coupé le contact et ne veut plus voir son psychiatre, je ne le refuserais pas pour autant. Mais je ferais un contrat clair avec le client dans lequel je me réserve le droit d'exiger qu'il voit un psychiatre au besoin.

Je pense que ça devrait être ça le mode relationnel de départ.

En ce qui a trait au deuxième point, je pense qu'avant d'embarquer le monde aveuglément dans des structures, ce qu'on fait souvent, j'essaierais d'avoir mes propres critères, mettre une barre à sauter avant d'embarquer dans le programme. Ça indique un peu la motivation.

J'essaierais de trouver des façons de savoir si ce client est motivé et capable d'apprendre. Un genre de test.

M.L.L.: *Vous considérez que le client devant vous est un interlocuteur valable...*

L. Guérette: Absolument parce que si c'est pas le cas, oubliez ça, il n'est pas assez haut.

En plus vous devez tester sa capacité d'apprendre. J'ai vu tellement de programmes où ils prenaient tous les gens sans tester s'ils étaient capables d'en bénéficier et au bout de deux ou trois mois, le client lâchait ou bien il n'y arrivait pas. On peut dire ça va, on a eu la subvention.

En fait ce n'est pas correct parce que la place que cette personne a prise aurait profité à quelqu'un d'autre. Il faut voir que c'est assez catastrophique ces temps-ci les chances de développement dans la province, malgré qu'il y a une multitude de programmes qui naissent et meurent comme des champignons.

Je mesurerais donc la persévérance, la capacité de se concentrer, d'apprendre, des niveaux élémentaires en quelque sorte.

M.L.L.: *Etes-vous conscient du fait que le formateur n'a généralement pas d'informations cliniques concernant son client?*

L. Guérette: Si j'étais un formateur, je bâtirais un questionnaire à partir de ce que je veux savoir et je le soumettrais au soignant en question.

S'il y a lieu je ferais un suivi téléphonique pour compléter.

Je dirais: écoutez on veut s'occuper de votre client et l'aider à se développer maintenant on voudrait savoir jusqu'où on peut aller.

Il y avait un mythe qui disait que les psychiatres ne voulaient pas s'occuper des gens.

C'est encore vrai parfois. Le fondement de ce mythe ce n'est pas le corporatisme, c'est l'idéologie psychanalytique qui dit que la relation du thérapeute avec le client est unique et privilégiée... et surtout que les familles et les autres se mêlent de leurs affaires.

Grâce au ciel cette influence va en diminuant, j'espère qu'on va en garder ce qu'il y a de bon et qu'on va jeter le reste... mes collègues diront qu'il serait préférable d'avoir des jugements plus pondérés, mais enfin.

Aujourd'hui vous voyez plus de gens sensibilisés à l'idée de services...

Le grand danger que je vois c'est l'ignorance doublée d'arrogance.

Ignorer des choses ce n'est pas bien grave, on peut toujours se renseigner, apprendre... mais être ignorant et faire à sa tête sans s'ouvrir, consulter, chercher à en savoir plus, je considère ça très dangereux.

M.L.L.: *Que pensez-vous du phénomène de la désinstitutionnalisation?*

L. Guérette: Je pense que c'est un autre cheval de bataille idéologique. Ç'a été un fiasco en Italie...

On a mis les psychotiques dehors pour répondre à des exigences idéologiques, on n'a rien fait pour préparer le milieu à les accueillir...

Nous allons toujours avoir besoin d'asiles, c'est-à-dire de refuges pour ces gens-là dans la société.

Je suis pour la réinsertion, pour ceux qui le peuvent évidemment.

Déjà les Soeurs menaient les asiles et on a dit plein de choses effrayantes, mais il y a bien des gens qui n'auraient pas survécu s'il n'y avait pas eu d'asile!

Si ce milieu avait évolué normalement, avec plus d'activités, plus d'ouverture vers l'extérieur, moins de pouvoir religieux, les lieux se seraient vidés de la moitié au moins. Il y avait la moitié des gens qui n'avaient pas à être là. On entrait quelqu'un et on le laissait là...

Mais on a toujours des psychotiques qui ont besoin de l'asile et c'est de la folie de les en sortir.

La folie continue à se faire et c'est ce monde-là qui traîne à *Dernier Recours* et dans les rues. Ce n'est pas correct que ces gens-là traînent partout, gèlent et couchent dehors. Ces gens ont besoin d'asile, de protection et de soins.

Entrevue avec monsieur Conrad Lecomte, professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal

Conrad Lecomte a obtenu une maîtrise en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa et un doctorat en psychologie du counselling de l'Université de Californie à Santa Barbara. Il est professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal. Il s'intéresse particulièrement aux questions touchant le changement, l'efficacité et les processus psychothérapeutiques de même qu'à la problématique de la formation et de la supervision en relation d'aide. Il est coauteur du livre *Entrevue d'évaluation en counselling d'emploi.* Il a publié plusieurs chapitres de livres et de nombreux articles scientifiques et professionnels. Il a été rédacteur adjoint et aviseur à la rédaction de revues scientifiques et professionnelles. Il est reconnu comme chercheur et praticien. Il a été l'initiateur du mouvement de rapprochement et d'intégration en psychothérapie au Québec.

Ses contributions sont reconnues internationalement, en particulier en France, en Suisse, aux États-Unis et en Amérique Latine.

M.L.L.: *Je vous suggère d'amorcer cette entrevue par un tour d'horizon de votre expertise-terrain. Nous aurons ainsi un cadre de référence pour mieux comprendre l'ensemble de notre questionnement.*

C. Lecomte: C'est en effet une approche qui me semble profitable.

Il y a dans les faits deux secteurs d'expertise. Le premier c'est celui de l'enseignement universitaire, des cours aux étudiants de maîtrise et de doctorat en psychologie. On les forme à reconnaître les diagnostics principaux de maladies psychiatriques afin qu'ils soient sensibilisés et en aient une connaissance approfondie.

Encore plus terrain que cela, il y a l'expérience d'intervention auprès d'une clientèle composée d'ex-psychiatrisés, ex-détenus, des handicapés physiques... dans les Centres d'emploi du Canada. En ce qui concerne les ex-psychiatrisés en particulier, on a réalisé qu'il y en a un nombre assez important, qui après avoir été médicamentés sont envoyés dans un Centre d'emploi en vue d'une réinsertion sociale. Évidemment s'ils peuvent se trouver un emploi, ça vient de changer beaucoup de choses dans leur vie.

Le conseiller d'emploi qui reçoit ces personnes est souvent désemparé face à toutes sortes de catégories de maladies mentales, des schizophrénies aux dépressions légères et profondes. Le problème devient plus grave avec la désinstitutionnalisation.

Le ministère de l'Emploi et de l'Immigration du Canada nous a donc demandé de développer des programmes de formation pour les conseillers en emploi. La demande consistait à évaluer la problématique de la clientèle, à se demander si la réintégration était un effort réaliste, à identifier aussi les facteurs dont il faut tenir compte dans une intervention auprès de ces personnes. Ainsi, plusieurs de ces personnes prennent ou ont pris des médicaments, il est important d'en tenir compte pour en comprendre les apports et les effets secondaires.

En résumé il s'agissait d'identifier les personnes qui sont réinsérables, sous quelles conditions et comment devrait-on procéder pour faciliter l'intégration.

On a connu une certaine époque de naïveté où on essayait de réinsérer tout le monde, indépendamment du diagnostic. On a vécu ainsi un haut taux d'échec. Cela a été aussi très douloureux pour certains intervenants qui ont dû affronter de grands problèmes avec des cas très lourds.

M.L.L.: *Comment avez-vous procédé pour apprendre aux conseillers à reconnaître les diagnostics et à développer les habiletés d'intervention adaptées à cette clientèle?*

C. Lecomte: Nous avons d'abord formé ces conseillers à la relation d'aide pour une clientèle en général.

Notre façon de procéder c'est de faire une analyse-terrain du besoin des formateurs. On évalue où ils en sont en termes de compétences. On identifie les types de clientèles qu'ils ont à rencontrer. De là, nous développons un modèle de formation qui fait en quelque sorte la synthèse de compétences minimales, du conseiller dans ce cas-ci, pour intervenir auprès de telle ou telle clientèle.

Notre démarche consiste ensuite à se demander quelles sont les habiletés spécifiques, et les savoirs que ces gens-là doivent avoir pour intervenir auprès des ex-psychiatrisés par exemple.

Nous terminons d'ailleurs ce mois-ci un livre sur ce sujet. Notre position essentiellement est de dire que les gens doivent travailler avec le diagnostic, qu'ils doivent connaître le langage des psychiatres.

Les psychologues se sont battus longtemps pour enlever les diagnostics parce qu'il y a eu des abus importants. Qu'on pense simplement à des personnes hospitalisées pendant 10 ou 20 ans sans qu'on ne révise jamais les diagnostics. C'est avec raison donc que les psychologues humanistes se sont insurgés contre ça. Carl Rogers entre autres refusait de mettre un diagnostic sur une personne craignant qu'on l'enferme dans une vision et qu'on s'empêche de voir qu'il y a d'autres choses dans cette personne.

La psychiatrie a beaucoup changé dans les 10 ou 15 dernières années. On ne fait plus un diagnostic pour enfermer quelqu'un mais pour mieux l'aider. Le diagnostic a beaucoup changé, il est devenu plus athéorique, c'est-à-dire qu'il n'y a plus une théorie de la maladie mentale qui domine. En fait il y en a une mais elle est moins monolithique.

Le diagnostic est davantage fondé sur des observations. Ces dernières sont basées sur 5 axes: -symptômes -personnalité -déclencheur -santé physique -fonctionnement optimal. Il s'agit d'une approche très comportementale, qui fait moins l'objet d'inférence de la psychanalyse ou de d'autres écoles de pensées.

Donc le DSM est fondé sur une classification internationale. C'est un consensus mondial qui n'est pas complet, qui ne dit pas tout mais qui empêche de faire des erreurs très graves.

C'est l'inverse d'avant. Avant, le diagnostic pouvait faire faire des erreurs graves. Aujourd'hui, compte tenu du fait qu'on se base sur des observations précises, il *faut* refaire le diagnostic fréquemment.

On peut ainsi suivre l'évolution du client.

Prenons le cas de quelqu'un qui n'arrivait pas à diagnostiquer un maniaco-dépressif et qui prétendait être capable de faire de l'anti-psychiatrie.

Il pourrait peut-être s'en sortir parce que les causes des maladies sont très complexes. Il pourrait aussi y avoir des désastres importants, des conséquences aberrantes. Des erreurs primaires, des suicides qui pourraient résulter de cette ignorance.

La connaissance du diagnostic est là pour nommer des pistes.

Dans le cadre de notre intervention à Emploi et Immigration Canada, nous disons que ce ne sont pas aux conseillers à faire un diagnostic mais qu'il est important qu'ils s'en servent pour être capables de coopérer avec la problématique du client.

M.L.L.: *Ce que vous avancez comme position vient en quelque sorte invalider l'approche de l'anti-psychiatrie...*

C. Lecomte: Ça vient la nuancer, je dirais. Lorsqu'on parle d'événement précipitant, de fonctionnement optimal... il s'agit là d'éléments en lien avec la communauté, les ressources environnementales, la famille, il y a plusieurs dimensions qui sont présentes et qui rejoignent les préoccupations de l'approche anti-psychiatrique. J'ajoute qu'il faut connaître et se servir du diagnostic. Je crois que de façon éthique et responsable dans l'état des connaissances actuelles, il faut partir d'une position de ce qu'on connaît de la maladie mentale.

Ce que je préconise c'est un diagnostic dynamique, c'est-à-dire mouvant. C'est bien plus difficile qu'on pense, faire un diagnostic. Bien souvent on tombe dans la catégorie: «pas capable de spécifier à ce moment-ci».

C'est une inférence qu'on fait sur la personne mais une inférence prudente qui est faite à partir d'observations et de l'état des recherches qu'on a sur chacune des pathologies. Ces dernières ayant aussi fait l'objet de travaux effectués sur de nombreuses années. Il ne s'agit pas là d'une affaire improvisée.

Je crois qu'il y a de grands avantages à connaître le diagnostic car c'est le langage international concernant la maladie mentale, c'est aussi le langage des hôpitaux, des assurances, etc., tous les thérapeutes responsables doivent connaître ça.

Si on ne reconnaît pas ça on nuit à notre clientèle parce qu'on ne peut pas entrer en dialogue avec les gens qui contrôlent la médication et ceux qui contrôlent le traitement de la maladie mentale.

M.L.L.: *Vous dites que le diagnostic n'est pas un traitement mais une sorte de cadre de référence. Comment s'opère le plan de traitement une fois ceci admis?*

C. Lecomte: J'aime joindre aux données du diagnostic, une connaissance de la personne concrète dans ses habiletés de vie. A savoir comment la personne pense, se sent, se comporte, négocie son rapport avec la vie de façon réaliste, ses plans de vie... En fait je trouve

important d'identifier ce qu'a la personne en lien avec son problème.

La dimension de la personnalité m'apparaît ensuite importante à ajouter à la compréhension du client. Il s'agit de voir comment la personne entre en rapport avec les autres. Quels sont les besoins qu'elle cherche à combler dans son rapport avec moi.

L'approche anti-psychiatrique fait beaucoup ça mais quand on tient compte du diagnostic, on obtient une vision plus cohérente de la personne sans pourtant s'enfermer dans l'analyse.

M.L.L.: *Quelle est la réaction des conseillers d'Emploi et Immigration Canada à votre approche de formation?*

C. Lecomte: On assiste à une démystification de la situation. Lorsqu'on comprend l'état des connaissances en matière de maladie mentale, on se sent soulagé. Le conseiller s'approprie aussi un certain pouvoir à connaître comment les psychiatres nomment les choses, comment est contrôlée la maladie mentale et comment elle est nommée dans notre société.

On aborde ensuite la question de la médication qui se développe à une vitesse folle.

C'est très important de connaître ça à cause des nombreuses incidences sur le processus d'apprentissage et le genre de relation d'aide qu'on peut établir.

Les médicaments sont un bienfait qui entraîne malheureusement souvent d'importants effets secondaires sur la mémoire immédiate, à long terme, la capacité d'attention, la dextérité, les désordres sensori-moteurs, etc.

En connaissant bien le diagnostic d'un client, sa médication et les effets secondaires, on peut découvrir le caractère unique de cette personne. Malgré son «problème» elle est unique et elle possède des habiletés au-delà de son diagnostic. C'est là qu'est le défi.

Notre approche vise à donner un peu plus de profondeur et de connaissances à des intervenants de manière à apprendre à intervenir dans sa zone de compétence.

M.L.L.: *Vous croyez que les divers intervenants du champ des relations humaines peuvent intervenir adéquatement auprès de personnes souffrant de maladie mentale à condition de s'y préparer?*

C. Lecomte: Je crois qu'à l'intérieur d'un certain cadre il y a plusieurs zones de compétences. Je pense que ce que la psychologie offre au champ des relations humaines, c'est une compréhension de la personnalité, le fonctionnement de la personne en elle-même et en rapport avec les autres. Ces données sont très aidantes.

Cependant dès que l'on tombe dans les pathologies majeures, maniaco-dépression, schizophrénie, tout ce qui est d'ordre psychotique, la psychologie offre peu de choses.

Ce qui risque d'être plus thérapeutique c'est le travail, l'acquisition d'habiletés, voilà ce qui risque d'être le plus aidant à mon avis.

M.L.L.: *Dans ce sens, diriez-vous que le pédagogue est l'intervenant dont l'apport est tout à fait privilégié auprès de cette clientèle?*

C. Lecomte: Je pense que oui.

Le pédagogue qui aide son client à se prendre plus en mains, à développer diverses habiletés de vie... l'accompagne vers son intégration.

Voyez-vous, les approches thérapeutiques dont on dispose sont surtout des thérapies verbales (à l'exception du behaviorisme), la grande majorité d'entre elles donc reposent sur la capacité d'insight, la capacité de prendre conscience, de faire des liens intégratifs par le chemin de la conscience.

Ces capacités constituent le cas d'un petit nombre parmi la clientèle souffrant de maladies mentales. Dans le monde des névroses on a beaucoup de succès avec ces approches thérapeutiques verbales, mais dans le monde des psychoses où il y a des déformations de la réalité, des coupures importantes au niveau cognitif et affectif ceci nous empêche d'utiliser ces moyens thérapeutiques.

Il y a l'approche behaviorale qui est presque une approche

pédagogique, à toutes fins pratiques.

J'ajoute que le behaviorisme stimulus-réponse me fait problème. C'est un débat idéologique en quelque sorte, personnellement je trouve l'approche réductrice. Ça fonctionne mais les raisons pour lesquelles ça fonctionne, je ne suis pas toujours convaincu que ce soient les bonnes.

Je pense que la pédagogie veut vraiment donner de l'autonomie à la personne en utilisant les capacités intellectuelles cognitives et affectives de cette dernière.

Là où le behaviorisme pourrait être utile c'est en termes de séquence d'apprentissage. D'aller du moins difficile, au plus difficile...

Il faut peut-être développer une sorte d'intervention pédago-thérapeutique qui comprend bien ces personnes, qui ne se fait pas d'attentes irréalistes, mais en même temps se permet d'avoir des attentes parce que les personnes peuvent nous surprendre.

M.L.L.: *Il semble qu'il serait plus opportun de parler en termes d'espoir que de résultats. Y a-t-il des manières d'aborder cette problématique qui soient plus prometteuses que d'autres?*

C. Lecomte: Si on prend les maniaco-dépressifs et qu'on cible cette clientèle-là eh bien on aura des résultats importants.

La dépression andogène, si on la définit bien, on devrait avoir un succès important aussi.

Il faut savoir de quoi on parle quand on réfère aux incidences de la maladie mentale sur l'apprentissage.

Par exemple, si on prend un maniaco-dépressif traité au lithium, on considère le temps de médication, la dose et les variations en fonction des aptitudes du client et celles-là vont varier comme dans la population normale.

Prenons l'exemple d'un professeur qui est énervant, qui crie et met ses étudiants sous pression. Il ne pourra jamais avoir de succès avec un maniaco-dépressif. Il va le faire rechuter.

Comme vous voyez, la compréhension du diagnostic a des incidences sur le type de pédagogie qu'on va utiliser. Ainsi on ne fait pas vivre de stress à un maniaco-dépressif, il faut qu'il se sente encadré, qu'il prenne du contrôle sur son temps, sur son degré de stimulation. Il ne peut pas être trop stimulé, il faut qu'il prenne soin de son corps, de son sommeil, etc. C'est une forme de pédagogie particulière qui est demandée pour un cas de maniaco-dépression.

Si on respecte la pathologie dans notre pédagogie il n'y a pas de limite d'apprentissage.

M.L.L.: *Et cette personne maniaco-dépressive pourra rencontrer un trouble de l'apprentissage comme n'importe quel individu sans que cela soit lié au diagnostic?*

C. Lecomte: Exact! C'est la même chose pour la dépression andogène. Quand on tombe dans le monde de la psychose, là on parle de tout autre chose.

Là il y a des coupures avec la réalité, des mécanismes de défenses primaires, on entend des voix, on a du déni, vraiment on fait face à une situation où les sens sont touchés.

Ces personnes vont rencontrer de gros problèmes d'apprentissage. On parle ici de désordre de la pensée. Mais il y aura toujours des exceptions pour venir nous surprendre.

M.L.L.: *En termes d'approche pédagogique on réfère donc à deux catégories de diagnostic?*

C. Lecomte: En effet, il y a les troubles affectifs majeurs versus les troubles psychotiques.

Dans le premier cas on peut viser des succès importants; dans l'autre cas c'est plus compliqué étant donné l'état actuel des connaissances.

M.L.L.: *On peut dire que dans les cas de troubles affectifs, les problèmes d'apprentissage sont proportionnels à ceux de la population en général alors que dans les cas de psychoses les problèmes d'apprentissage sont liés à la pathologie elle-même parce que les sens sont touchés.*

C. Lecomte: On peut résumer ça ainsi, en gros.

J'ajouterais que lorsque le système organique est touché - pensons au toxicomane- il est évident qu'il y aura des incidences sur l'apprentissage.

M.L.L.: *Les pédagogues réfèrent souvent à l'approche andragogique. Que pensez-vous de ça?*

C. Lecomte: Je trouve que c'est très important dans les cas qui nous occupent.

La schizophrénie est un univers en soi, qu'on connaît mal. Alors dans un contexte de socialisation, c'est étonnant ce qu'un grand nombre de schizophrènes peuvent faire parfois.

Le pédagogue qui sait de quelle manière la médication contrôle la pensée de son client va lui être très utile. Selon tel ou tel comportement il lui demandera s'il a pris son médicament ce jour-là.

Une préoccupation constante pour le pédagoque va être de s'assurer que le client prenne sa médication. Un jour que ça ne va pas bien sera souvent un jour où la personne n'a pas pris son médicament.

C'est comme un cardiaque qui ne se soigne pas, ça entraîne des conséquences.

M.L.L.: *Vous savez sans doute que les intervenants ont très peu accès au dossier du client. Dans l'état actuel des choses les diagnostics sont peu connus et utilisés.*

C. Lecomte: Et c'est dommage. Là il y a une éducation à faire auprès des psychiatres. Il faut en venir à montrer aux psychiatres comment écrire un rapport diagnostique en termes d'apprentissage. Dans le cadre de notre intervention, nous enseignons aux conseillers à poser les questions aux psychiatres.

Quand on n'arrive pas bien à faire ça, on arrive sur le terrain avec des attitudes de naïveté ou de fausses croyances populaires du type: ça marche pas ces affaires-là, jette tes médicaments, c'est d'amour que t'as besoin... Il y a du vrai parfois dans cela, mais il faut être prudent, on entend plus parler des abus psychiatriques que des bons coups.

M.L.L.: *Vous référez souvent à l'anti-psychiatrie au plan des attitudes à avoir mais peu au niveau de l'intervention comme telle, ma perception est-elle juste?*

C. Lecomte: Je pense qu'il faut conserver la mentalité anti-psychiatrique dans la pédagogie, dans le contexte d'un diagnostic psychiatrique.

On peut faire cela en développant une approche centrée sur la personne au lieu d'être centrée sur le thérapeute.

M.L.L.*Pour conclure, est-ce qu'on peu dire que l'intervenant, peu importe son appartenance dans le domaine des relations humaines, est une sorte de parent qui devrait tout savoir mais qui ne sait pas tout finalement?*

C. Lecomte: C'est un parent qui doit avoir une connaissance suffisante sans être un spécialiste... une connaissance de ce que le spécialiste a dit, des conclusions, des paramètres qui l'enlignent dans la bonne direction... ensuite il définit sa spécificité comme intervenant.

Il part en se disant, compte tenu que cette personne est schizophrène, par exemple, qu'elle a telle ou telle caractéristique et moi j'en découvre que le psychiatre n'a pas découvertes: je vais aider cette personne à apprendre des choses.

C'est ici que la pédagogie individualisée prend tout son sens.

Entrevue avec monsieur Michel Tousignant, psychologue, professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal

Michel Tousignant a obtenu une Maîtrise en psychologie clinique de l'Université de Montréal et un Doctorat en développement humain de l'Université de Chicago. Il est professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Monsieur Tousignant a participé à de nombreuses recherches, entre autres pour l'Unité de recherches psychosociales du Centre Hospitalier Douglas de Verdun, le Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill, l'Enquête Santé-Québec et le Bureau de médecine préventive de la Défense Nationale à Ottawa.

Il est de plus membre du Groupe d'études sur les Immigrants réfugiés et santé mentale; Directeur du laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale; Président du conseil d'administration de Suicide-Action-Montréal; Président du Groupe interuniversitaire de recherches en anthropologie médicale et en erhnopsychiatrie; membre de la sous-commission des études avancées et de la recherche à l'UQAM; Directeur du Département de psychologie de l'UQAM; Membre du Comité scientifique du Laboratoire d'écologie humaine et sociale de l'UQAM.

Monsieur Tousignant est également membre de nombreuses sociétés scientifiques.

Depuis 1973, Michel Tousignant a publié de nombreux articles, monographies, livres et chapitres. Il a à son actif de nombreuses recherches où il était chercheur principal et a été associé à plusieurs projets en tant qu'associé.

Il agit comme consultant auprès de Santé-Québec (adultes) et Santé-Québec (enfants).

M.L.L.: *Vous vous intéressez particulièrement aux facteurs socioculturels qui contribuent à générer certains problèmes de santé mentale, est-ce bien cela?*

M. Tousignant: Oui, ce qu'on appelle en fait épidémiologie, c'est-à-dire les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition de certains problèmes, comme la dépression et l'anxiété.

J'ai travaillé aussi sur des cas de gens qui traversaient des crises suicidaires.

M.L.L.: *Qu'est-ce qui vous a amené à aborder ces problèmes d'un point de vue épidémiologique?*

M. Tousignant: Je m'intéressais davantage à déceler les facteurs sociaux qui pouvaient prédisposer des gens à développer certaines de ces pathologies.

Les événements de vie, le soutien ou le manque de soutien social dans leur entourage, le passé familial... Je suis un chercheur qui s'intéresse aux causes des problèmes.

Je me suis intéressé, au cours des 7 ou 8 dernières années surtout, à la biographie familiale des jeunes suicidaires. La plupart de ces jeunes adultes ont des troubles de la personnalité, des troubles dépressifs, ils n'ont pas été psychiatrisés cependant, bien qu'ils puissent le devenir ultérieurement.

Je m'intéresse aux conditions de vie familiale qu'ils ont vécues, à leur dynamique interne comme la présence d'abus, de négligence, de violence, et à l'insertion de la famille dans la communauté environnante.

J'observe l'isolement social, les déménagements de ces familles, donc l'absence d'interaction avec la communauté plus large. Ainsi, on voit que lorsque la famille se referme sur elle-même les jeunes deviennent plus isolés affectivement et sont moins capables de socialiser avec d'autres personnes. Ils ont souvent des difficultés à établir des rapports profonds avec d'autres personnes qui vont les aider à traverser des périodes de crises, éventuellement.

M.L.L.: *Croyez-vous qu'il faille reconstruire une relation parentale pour intervenir efficacement auprès de cette clientèle?*

M.Tousignant: Je ne sais pas si je le formulerais comme ça mais j'imagine que, quand des gens comme ça vont se retrouver dans un milieu pédagogique, leur demande vis-à-vis des éducateurs va dépasser le besoin proprement pédagogique.

Ils vont avoir besoin d'attention, d'être reconnus en tant que personne... Ils vont facilement se remettre en question. Ils peuvent même avoir peur du succès. Si ça va trop bien ils vont se sentir dépassés par les circonstances, parce que si quelqu'un a du succès, ça veut dire qu'il va prendre des responsabilités. Cette expérience peut être un moment de crise.

L'éducateur ne pourra pas passer à côté de ces demandes-là. Il devra être prêt à s'exposer à cette dynamique qui est parallèle au contexte pédagogique de l'apprentissage.

M.L.L.: *Identifiez-vous la carence au plan familial comme étant cause de pathologie?*

M.Tousignant: On ne peut pas dire qu'elle est la cause de toutes les pathologies mais certainement que dans cette population assez hétéroclite, les éducateurs vont rencontrer des personnes qui ont eu des carences graves au cours de leur enfance.

Ces personnes vont projeter sur les éducateurs toutes sortes de fantasmes. Il risque d'y avoir des engouements comme d'entendre «j'ai enfin trouvé le père que je n'ai pas eu». Ces transferts peuvent aussi donner lieu à des déceptions profondes qui peuvent être difficiles. Quelqu'un peut, sans raison valable, se sentir trahi par l'éducateur par exemple. Cette personne peut ne pas croire qu'elle puisse obtenir une relation satisfaisante.

Il y aura donc des hauts et des bas qui ne dépendent pas nécessairement du mode d'intervention.

M.L.L.: *Croyez-vous qu'une bonne approche pédagogique peut aider suffisamment ces personnes à progresser au point d'espérer qu'elles puissent se réinsérer dans la société?*

M.Tousignant: Je pense qu'il y a des possibilités d'apprentissage, par contre les possibilités d'intégration c'est une toute autre chose.

Certains individus ont énormément de talents, ils apprennent facilement et le danger est qu'on pousse trop. Ces gens-là risquent de prendre panique parce qu'ils vont être lancés dans quelque chose qui jusqu'ici leur semblait relativement inconnu.

Le milieu pédagogique reste quand même un milieu qui normalement est assez exigeant. Je pense aux problèmes qu'une certaine pression peut causer à des schizophrènes qui n'aiment pas se faire pousser dans le dos, qui n'aiment pas qu'on dérange leur équilibre affectif et cognitif.

Il faut laisser les gens aller à leur rythme. On ne peut pas parler pour l'ensemble, il faut une attention particulière pour chaque cas afin de suivre le cheminement personnel de la personne en même temps que son cheminement pédagogique.

Leurs problèmes proviennent soit de problèmes personnels qu'ils vivent, soit de problèmes pathologiques qui les empêchent de se concentrer. On peut déceler quelqu'un de très intelligent mais qui n'arrive pas à maintenir son attention plus de dix minutes.

Peut-être faudrait-il développer des moyens pédagogiques adaptés de sorte à leur faire faire davantage d'efforts au niveau de la maîtrise de leur attention.

M.L.L.: *Qu'est-ce que la psychologie communautaire peut apporter aux formateurs qui oeuvrent auprès de clients atteints de maladie mentale?*

M.Tousignant: Ce que j'ai dit jusqu'à date réfère davantage à la psychologie en général qu'à la psychologie communautaire.

Je pense que le diagnostic n'aidera pas tellement les formateurs qui n'ont pas de formation clinique ou psychiatrique. Il faut plutôt s'attarder aux problèmes vécus quotidiennement qu'au diagnostic.

Maintenant qu'est-ce que la psychologie communautaire peut donner, comme leçon si on veut, à un tel programme pédagogique?

Spontanément, je pense qu'on devrait travailler autant à préparer le contexte pédagogique que le curriculum lui-même.

Reconstruire un environnement où les gens vont se sentir sécurisés, pas trop pressés d'avoir un succès prochain, leur permettre d'aller à leur rythme, de leur fixer des objectifs accessibles.

Comme vous allez retrouver des gens ayant des problèmes variés, il ne sera sans doute pas facile de créer une cohérence de groupe.

Là où la psychologie communautaire pourrait avoir quelque chose à dire... c'est, par exemple, si on considère que ces gens vont se retrouver entre marginaux; c'est tout le problème de la marginalisation qui est soulevé.

Est-ce que ça va aider ou non à la réintégration?

Il devrait y avoir un effort d'observation et d'évaluation pour savoir si l'idée de regrouper les marginaux en classes spéciales sert ou non l'effort de réinsertion. Il faut partir de l'expérience empirique.

M.L.L.: *Vous croyez qu'on en est encore à un stade expérimental et qu'on n'a pas assez de recul, malgré la quinzaine d'années au moins d'intervention que compte le Québec à ce chapitre?*

M.Tousignant: Il faudrait voir ailleurs, il y a sûrement d'autres pays qui ont pris des initiatives.

Si j'avais un programme de réinsertion à mettre sur pied, je ferais certainement une revue de littérature sur la pédagogie et les patients psychiatriques.

Parfois il y a des échecs qui s'expliquent par des contextes idéologiques qui ont en quelque sorte crevé les yeux...

Il faut peut-être penser à identifier les clientèles de manière à cibler les personnes qui sont le plus aptes à en profiter.

Il est bon d'évaluer ces personnes, pas tellement au niveau des capacités d'apprentissage mais de la capacité de les intégrer socialement à partir d'une acquisition pédagogique.

Il est important de partir des besoins ressentis par les personnes parce que c'est ce qui va les motiver. On observe par exemple dans divers programmes de prévention, et c'est vrai pour la réinsertion, qu'il faut une espèce de catalyseur où les gens vont se reconnaître.

Par exemple, si vous partez un programme sur les compétences parentales, il n'y a personne qui va venir. Si vous titrez ce même programme: Comment aider votre adolescent à traverser une crise?, là les gens vont sentir leur crise avec ce problème et ils vont venir.

Donc partir des problèmes des gens, pour qu'ils sentent qu'on ne leur impose pas quelque chose à partir d'un contexte bureaucratique mais que ça répond à un besoin. Il faut formuler ce qu'on leur offre en fonction des besoins qu'ils ressentent.

M.L.L.: *Voulez-vous dire qu'il faut d'abord une approche qui trouve son application pratique immédiatement?*

M. Tousignant: Si la personne vient de sortir du contexte institutionnel par exemple, qu'est-ce qui l'angoisse le plus? Qu'est-ce qu'elle voudrait posséder?

Peut-être que c'est plus de prendre l'autobus que d'apprendre à se cuire un oeuf... Il faut entrer dans le monde des personnes pour savoir ce qu'elles ressentent, pour les rejoindre dans leurs préoccupations.

Cela est vrai pour l'ensemble des programmes communautaires et je pense que c'est vrai ici aussi.

M.L.L.: *Quels sont les moyens que vous utilisez en psychologie communautaire pour rejoindre les gens dans leurs besoins?*

M. Tousignant: Partir d'un problème qu'ils vivent... Disons qu'on identifie des gens qui sont isolés. On décide de mettre ces gens-là ensemble. Ils vont peut-être arriver à se constituer un groupe d'entraide. On se dit donc qu'on va faire un groupe d'entraide.

Là les gens vont dire, j'en ai pas besoin, je suis capable de m'arranger tout seul, etc.

Vous allez alors vous ramasser avec deux ou trois personnes qui de toute façon n'en ont pas besoin.

Mais si vous dites: Je vais lancer un autre mot d'ordre, disons «les déprimés anonymes», ces gens vont se reconnaître là-dedans.

M.L.L.: *Il faut à votre avis être capable d'étiqueter le problème en lui donnant une attribution psychologique en quelque sorte?*

M. Tousignant: Oui et il faut aussi que les gens sentent que c'est leur affaire.

C'est pour cela que les groupes d'entraide ont tant de succès. Ils sentent que ce sont eux qui font les choses, qu'ils le font pour eux, à leur manière.

Il faut laisser beaucoup d'espace pour que les gens s'approprient ces programmes-là et sentent qu'ils leur donnent la direction qu'ils veulent bien leur donner. A ce moment-là, on va aller au pas des gens, on va progresser à leur rythme.

Peut-être qu'on veut faire un cours sur le budget et qu'eux veulent savoir comment marche un magnétophone.

Si on arrive avec quelque chose qui est mis en boîte, première leçon, deuxième, etc... on risque de les perdre.

Tandis que si on répond à la question «Comment marche un vidéo?», parce qu'ils passent beaucoup de temps seuls et qu'ils voudraient en emprunter un et le faire marcher... Ça n'apparaît pas le grand moyen de socialiser mais ça sera en tous les cas le moyen de socialiser entre eux. De sentir qu'ils sont capables de décider de ce qu'ils veulent faire.

Progressivement ils vont peut-être arriver au budget la huitième semaine parce que pour s'acheter un vidéo il faut ramasser des sous. Ils peuvent décider de louer un vidéo et donc il faudra apprendre comment est-ce qu'on loue, qu'on planifie ça au budget pour avoir aussi de l'argent pour manger, etc.

Ils vont partir d'un besoin et vont évoluer...

M.L.L.: *Si je comprends bien, l'approche communautaire est moins basée sur une analyse de soi ou un travail sur soi que sur un travail en soi avec les autres?*

M. Tousignant: Oui, à partir d'une dynamique opérante. Faire en sorte qu'il y ait une dynamique qui s'instaure et qu'on reconnaisse les besoins... A partir de là on aide les clients à développer des moyens de se débrouiller.

Le formateur doit préparer son intervention mais il est appelé à composer avec la dynamique telle qu'elle se développe.

Un autre principe du communautaire à considérer, c'est le parrainage. C'est peut-être plus facile d'apprendre de quelqu'un qui est passé par là que d'apprendre d'un professeur.

Un schizophrène qui a vécu des difficultés à apprendre à faire un budget peut l'expliquer parce qu'il sait où ça accroche.

Il serait bon de favoriser ce processus de multiplication qui va faire en sorte que les gens vont devenir des agents pédagogiques.

Il arrive qu'il soit plus utile de savoir comment éviter de se faire exploiter par son concierge que de savoir compter. Comme vous voyez, l'expérience des uns peut être fort utile aux autres.

Si on reste ouvert on va arriver à faire des apprentissages qui collent à la réalité quotidienne.

M.L.L.: *On ne retrouvera peut-être pas de programmes-cadres, mais un grand encadrement pédagogique?*

M. Tousignant: C'est ça. Ce n'est pas facile d'exiger cela des éducateurs, c'est plus facile de leur donner un genre cahier à anneaux qui dit ce qu'il faut faire à chaque semaine, en découpant les apprentissages.

Je pense que les éducateurs devraient avoir des consignes et ne devraient les appliquer qu'au moment où la demande s'exprime à travers les clients.

Il m'apparaît important de créer une communauté chez les gens en situation d'apprentissage.

De même il m'apparaît important de créer une telle communauté chez les éducateurs. Qu'ils soient ensemble, qu'ils se permettent des périodes d'échanges, un genre de laboratoire de recherche et de lieu de support sinon il y a des risques d'y avoir des situations d'épuisement professionnel.

Quand on part en solo avec quinze patients psychiatriques, c'est pas facile.

M.L.L.: *Si je tente de résumer les trois principes du communautaire, je dirai qu'il importe d'abord d'instaurer une dynamique qui mène à la création d'une communauté, deuxièmement vous avez parlé de parrainage et troisièmement d'interaction au niveau des éducateurs.*

M. Tousignant: Ce sont trois des grands principes qu'on tente d'instaurer avec plus ou moins de succès.

Ce sont des choses auxquelles les administrateurs, les bureaucrates sont souvent peu sensibles. Ils recherchent un résultat à plus court terme.

Avec une philosophie comme ça il faut avoir une évaluation continue mais on ne peut pas se fixer des objectifs à court terme trop fermes.

Il arrive qu'on pousse beaucoup d'apprentisssages mais il arrive aussi que cela entraîne un phénomène de décrocheurs... D'autre part il faut assurer une certaine structuration parce que les gens vont sentir le besoin de savoir où on va.

Alors les principes de psychologie communautaire peuvent s'appliquer à cette clientèle comme à d'autres aussi.

M.L.L.: *Quel est le rapport de causalité qu'identifie l'approche communautaire à l'égard de la maladie mentale?*

M. Tousignant: Je pourrais vous en parler longtemps. Ce ne sont pas des informations qui servent à des applications directes mais qui aident à comprendre.

Ce qu'on fait aide plus à la prévention précoce, c'est-à-dire pouvoir identifier rapidement un problème et pouvoir intervenir rapidement. On peut aussi identifier ainsi plus rapidement les problèmes qui peuvent dégénérer en pathologie.

Quand on arrive avec des clientèles adultes à réinsérer, on ne peut plus réellement travailler sur les causes. Il faut utiliser du nouveau matériel et repartir à

zéro. Ces gens font le deuil du passé et tentent de développer un soutien qu'ils n'ont pas réussi à obtenir, quand ils étaient jeunes. S'ils réussissent, ils arrivent à se défendre dans la vie. On ne reconstruit pas la famille mais des relations de confiance qu'ils vont apprendre à reconnaître, dans un contexte pédagogique, par exemple.

M.L.L.: *Est-ce que la psychologie communautaire a une tendance ou une sympathie particulière pour l'anti-psychiatrie?*

M. Tousignant: Ce fut le cas dans les années '70. L'anti-psychiatrie est un mouvement qui n'a pas eu de relève ou enfin qui s'est transformé.

Oui il y a eu beaucoup de sympathie. Le mouvement anti-psychiatrique s'est surtout retrouvé à l'intérieur des institutions psychiatriques. C'étaient des psychiatres qui se révoltaient contre d'autres psychiatres. On lavait son linge sale en famille.

La psychologie communautaire nord-américaine a pris certaines distances par rapport à cela. Bien sûr il y a eu certaines expériences de réinsertion sociale, comme la maison St-Jacques, où des psychologues ont participé à certains projets.

La psychologie communautaire a moins travaillé sur ce qu'on appelle la psychiatrie lourde et davantage dans les programmes de prévention de problèmes familiaux.

Ça n'a donc pas été une influence marquante du moins dans le développement théorique de la psychologie communautaire.

L'anti-psychiatrie n'était pas très développée au niveau théorique. C'était plutôt un mouvement idéologique qui a laissé, à cause de ça, peu de traces. C'était une réaction à certaines pratiques psychiatriques que tout le monde était d'ailleurs arrivé au point de décrier.

On sait que la désinstitutionnalisation a été appuyée autant par les administrateurs que les révolutionnaires, pour différentes raisons. Les uns voulaient sauver de l'argent, les autres c'était pour des idéaux humanitaires.

M.L.L.: *Quelle place pourrait avoir la psychologie communautaire dans le processus d'élaboration de programmes de réinsertion sociale de clients psychiatriques?*

M. Tousignant: Si on veut épouser certains des principes que j'ai énoncés, je pense qu'il faut utiliser des gens qui ont une formation communautaire.

Il serait bon d'avoir une expérience d'équipe multidisciplinaire composée de gens ouverts à ces principes.

Si on veut donner une coloration communautaire qui s'inspire de la prise en charge de leur apprentissage par la clientèle, cela vaut la peine de s'adjoindre les ressources adéquates.

Le mieux sans doute est de faire affaire avec les marginaux de chacune des professions qui sont davantage prêts à se pencher sur des problématiques comme ça, sur une base multidisciplinaire.

Je pense qu'il ne faut pas centrer la démarche globale sur la thérapie, la reconstruction de la personnalité, etc. Il s'agit de faire certains apprentissages en tenant compte que ces éléments ne manqueront pas d'être présents.

Il y a des connaissances de base qu'il faut avoir avec ces clientèles-là, mais ça reste de base, concernant la pathologie, la médication...

M.L.L.: *Quelles sont à votre avis les chances de succès de tels programmes?*

M. Tousignant: Les chances de succès ne dépendent pas uniquement du programme pédagogique mais aussi de la participation des équipes psychiatriques qui encadrent ces clients.

Je ne sais pas s'il faut être optimiste mais je pense qu'il faut tenter le coup comme société. On ne peut pas désinstitutionnaliser et abandonner les gens à eux-mêmes.

Je ne dis pas que cette responsabilité revient aux pédagogues ni à un autre groupe en particulier. Je crois que c'est une responsabilité sociale.

Entrevue avec monsieur Pierre Dorion, conseiller au programme de travaux compensatoires du YMCA de Montréal Centre-Ville

Monsieur Dorion a étudié en psycho éducation à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Il a aussi complété une formation en thérapie familiale et en réanimation cardio-vasculaire au Centre Hospitalier de Malartic.

Il a occupé les postes de: *préposé aux bénéficiaires* et *coordonnateur de recherche* sur l'alcoolisme au Centre Hospitalier de Malartic; *coordonnateur* pour le service externe de main-d'oeuvre et *conseiller en main-d'oeuvre* pour le SEMO de Val d'Or.

Il a été conférencier au *Troisième congrès international psychiatrique et social de langue française*, qui s'est tenu à Val d'Or à l'automne 1988.

Pierre Dorion occupe actuellement le poste de *conseiller* au programme de travaux compensatoires du YMCA de Montréal Centre-Ville.

Pour Pierre Dorion, la personne est le centre de toute problématique d'intervention. Il accorde par conséquent une importance capitale à la qualité de la relation et à ce qu'il appelle le savoir-faire de l'intervenant.

M.L.L.: *En rapport avec votre intervention auprès des personnes psychiatrisées, vous dites être une personne de processus, qui se définit par sa démarche davantage que par un statut professionnel. Voulez-vous préciser cela?*

P. Dorion: Je me définis plus par ma démarche et le biais que j'ai pris pour regarder ces gens-là.

Ma démarche allait dans le sens d'une recherche-action, d'une réflexion. Je me suis promené constamment entre l'université et le travail dans le milieu. Ce que j'apprenais à l'université je l'appliquais tout de suite dans mon travail, puis je ramenais mon vécu à l'université et ainsi de suite.

Il y a un aspect très important à préciser à ce propos c'est que j'ai vécu mon expérience du milieu psychiatrique à Malartic en Abitibi. Il y a là-bas une pratique de réseau qui est très développée. Il y a beaucoup de place pour innover et une grande permissivité du milieu hospitalier.

Le support de l'université était aussi un élément essentiel dans notre démarche. Sachant que nous étions investis dans un travail à l'hôpital de Malartic, en psychiatrie, l'université nous appuyait et nous aidait à aller plus loin que les étudiants réguliers.

L'université en tirait d'ailleurs des bénéfices, ainsi certaines de mes recherches ont été recensées par l'université. On faisait de la recherche sur des sujets qui avaient peu ou pas été touchés dans la région. Par exemple les effets secondaires des médicaments sur les bénéficiaires.

M.L.L.: *Qu'avez-vous trouvé à ce chapitre-là?*

P. Dorion: Nous avons bien sûr observé des effets physiques connus à certains médicaments. Ce que nous avons constaté de plus grave c'est que certains réflexes physiques, comme le balancement du corps par exemple, occasionnés par un médicament donnaient souvent à penser à l'ensemble des gens que c'était là une caractéristique de la maladie mentale.

Ainsi lorsqu'on voyait quelqu'un se balancer dans un restaurant on disait «c'est un malade de l'hôpital...».

Cet effet secondaire donc devenait vite un handicap social pour cette personne. Nous étudions ce genre de chose.

M.L.L.: *Voulez-vous nous préciser le cadre de votre travail au sein du Centre Hospitalier de Malartic?*

P. Dorion: Je travaillais dans l'unité de behaviorisme social en tant que psycho-éducateur. Il ne s'agissait cependant pas uniquement de faire du conditionnement opérant, il y avait aussi un contexte où on tenait compte de l'individu, de sa dynamique personnelle globale, pas seulement comportementale.

Parmi cette clientèle psychiatrisée, certaines personnes étaient là parce qu'elles avaient des problèmes de comportement et d'autres étaient diagnostiquées schizophrènes.

Pour intégrer le programme auquel j'appartenais, il fallait que la personne soit consciente de ce qu'elle faisait. C'était notre critère d'accès de base.

M.L.L.: *Vous avez passé quatre années de votre vie dans cet hôpital. Que retenez-vous de cette expérience?*

P. Dorion: J'ai appris à connaître cette clientèle et à m'intéresser aussi à tous les manquements du système hospitalier, au principe de fonctionnement des cliniques externes, à la socialisation, la réinsertion, etc.

Dans une petite ville de 5,000 habitants comme Malartic c'est facile de voir le pourquoi et le comment du processus. On voit une personne entrer puis on la retrouve au café du coin lorsqu'elle sort.

Un des grands points faibles du système, à mon avis, c'est de retirer la personne de son milieu. Ce n'est vraiment pas systémique comme approche. On prend la personne, on la rentre à l'hôpital. Bon ça va pour le temps où la personne est en crise, mais après...

Le deuxième élément nuisible c'est l'éloignement. L'hôpital est à vocation régionale, cela signifie qu'une personne se retrouve à deux ou trois heures de chez elle. Donc elle se

trouve marginalisée, complètement coupée de son tissu social.

Une fois entrée à l'hôpital, un autre point faible c'est la prise en charge abusive du client. On coupe cette personne de ses tâches quotidiennes et de ses responsabilités, c'est comme en prison. On ne lui apprend pas à choisir... on lui apprend à prendre des pilules et à faire des exercices d'ergothérapie. On fait de l'occupationnel et on cherche à la normaliser le plus possible par rapport aux comportements acceptables en société.

Notre unité de travail était bien consciente de ces réalités et on trouvait ça bien dommageable.

Dans ce contexte, on ne peut pas réellement parler de réinsertion sociale. On ne peut que parler d'extinction de comportements indésirables par rapport au milieu où vivaient ces personnes.

On ne peut pas nier que ces comportements soient à changer mais ce qu'il faut dire c'est qu'on ne touche pas vraiment à un niveau de changement dans la personne même. On ne s'occupe que de ses comportements indésirables.

A ce moment-là donc, il n'y avait pas de tentative de réinsertion réelle, entre autres à cause de l'éloignement de l'équipe soignante.

Il est important de souligner certains faits précis dans cette situation. Ainsi, à cause de la présence de cet hôpital, il s'est développé plusieurs services dans la ville. Ça devenait donc tentant pour les ex-bénéficiaires de s'installer là et de ne pas risquer de se réinsérer dans leur propre ville.

Il y avait des maisons de transition, des services de clinique externe, un organisme de défense des droits des personnes psychiatrisées qui organisait des activités pour ces dernières... Souvent donc les clients de l'hôpital développaient une dépendance par rapport au milieu thérapeutique et ne se retrouvaient pas dans leur milieu d'origine.

C'est sûr que ces instances les aidaient à s'organiser mais il aurait fallu un programme de réinsertion inscrit dans un continuum déterminé pour que ces gens sachent ce que signifie le mot transition.

M.L.L.: *Est-ce que ces personnes bénéficiaient d'un plan de soin?*

P. Dorion: Oui; à la clinique externe cependant, on peut dire que le plan de soin se résumait à peu de choses près à gérer le chèque de B.S. du bénéficiaire pour qu'il ait de l'argent jusqu'à la fin du mois.

En clinique externe on retrouvait une équipe multidisciplinaire composée d'un psychologue, travailleur social, intervenant communautaire, éducateur et psycho-éducateur.

C'était une équipe qui gérait des dossiers et des intervenants qui géraient des cas. Il était toujours possible de ramener le cas en équipe afin de se faire supporter et orienter.

M.L.L.: *Est-ce que vous teniez compte du diagnostic du client?*

P. Dorion: Non! Nous partions de ce que l'individu présentait au niveau de sa problématique comportementale, de ce qu'il avait de dysfonctionnel.

A quoi sert le diagnostic une fois que le client a été stabilisé par des médicaments? D'une façon on en tenait compte mais on ne se limitait pas à ça.

Par exemple on dit qu'un maniaco-dépressif ne peut pas prendre de stress. Cela est vrai dans le contexte actuel de nos institutions. Je peux cependant dire que j'ai très souvent vu des personnes chronicisées, qu'on abordait d'un point de vue humain, sans s'occuper de l'optique particulière à son diagnostic et à qui on offrait des alternatives sur un continuum et qui faisaient de grands progrès.

Le continuum permet à la personne de s'inscrire dans un processus à des niveaux progressifs menant à l'autonomie.

On considère toujours que notre critère d'accès au programme était que la personne doit être consciente de ce qu'elle fait.

A partir de là on peut négocier avec n'importe qui, il suffit de s'ajuster à son langage et à sa réalité immédiate.

La personne sait qu'elle part de tel point et qu'elle peut atteindre tel autre point en traversant diverses étapes. Elle sait qu'elle a accès à ce processus et elle bénéficie de son libre arbitre.

M.L.L.: *Comment procédiez-vous pour établir ce processus, ce continuum?*

P. Dorion: Dans l'unité de soin behavioral, on commençait par observer la personne sur un certain laps de temps.

On regardait ce qu'elle présentait comme comportement à renforcer et ceux qui étaient à éteindre. A partir de là on établissait le plan de soin. Mais la personne était là sur une base volontaire, c'est important parce que ça parle de sa motivation.

Le plan de soin lui était ensuite présenté et négocié avec elle. Elle savait à quoi s'attendre. Elle savait que si elle voulait sortir, être plus libre, etc., elle pouvait y arriver.

M.L.L.: *Pouvez-vous me fournir un exemple concret de cette approche en utilisant l'exemple d'une personne hospitalisée pour dépression profonde?*

P. Dorion: Bon. Disons qu'une personne entre déprimée et qu'elle ne veut plus vivre.

En entrant, il y a comme je l'ai dit une période où on observe la personne. On parle d'environ deux semaines.

On regarde la personne, elle peut rester au lit, refuser de s'alimenter etc. On explore aussi avec elle ce qui lui ferait plaisir, ce qu'elle aime, on recueille tous les signes qu'elle peut nous fournir. On note.

Il est alors possible de savoir ce qui lui plaît et ce qui lui est vraiment insupportable. On commence à travailler sur ce qui lui plaît.

Peut-être que ce qu'elle aime c'est que quelqu'un la fasse manger. On la faisait donc manger puis lentement on introduisait des conditions pour la faire manger.

Dès que la personne gagne du pouvoir personnel on peut commencer à lui présenter et à négocier son plan de soin.

M.L.L.: *Quelles sont les plus grandes difficultés d'apprentissage que vous avez rencontrées avec ces personnes?*

P. Dorion: Ce qui favorise l'apprentissage d'une personne c'est d'abord de lui donner libre accès à l'apprentissage en question et puis il faut proposer un continuum. Ces personnes sont capables d'apprendre. Prenons le cas des écoles dites normales, on sait tous très bien qu'il y a des personnes qui sont incapables de s'adapter à leurs programmes. Les pédagogues rencontrent là des personnes qu'ils sont incapables de desservir, pensons aux décrocheurs, aux marginaux dans l'école, etc.

Déjà là on a une partie de la réponse aux problèmes d'apprentissage. Les programmes sont prévus pour la masse et les problèmes rencontrés viennent nous dire que dans certains cas il n'y a pas d'autre choix que de personnaliser le processus d'apprentissage si on ne veut pas engendrer des problèmes de comportement qui deviennent des pathologies.

A partir du moment où on réussissait à amener une personne dite chronicisée en psychiatrie à se percevoir comme un individu ayant des droits et des responsabilités comme tout le monde, c'est incroyable les apprentissages qu'on la voyait faire.

On allait chercher sa motivation à s'identifier à une communauté en général mais en respectant l'individu. Selon un modèle d'intervention basé sur un continuum.

J'ai cependant développé une expertise particulière du processus de réinsertion au travail lorsque j'ai travaillé au SEMO.

M.L.L.: *Qu'est-ce que le SEMO et que faisiez-vous là?*

P. Dorion: Le SEMO est un service externe de main-d'oeuvre, il en existe divers genres pour les femmes, les ex-détenus, etc. Celui dans lequel j'ai travaillé s'occupait principalement d'ex-psychiatrisés.

Ce SEMO avait été monté par PRORESOL, un organisme du milieu qui développait des programmes de réinsertion sociale. Michel Gonthier, un travailleur social, était à l'origine de cette initiative. Il cherchait un modèle d'intervention qui pouvait aider ces personnes à se

réinsérer dans le marché de l'emploi. Il a fondu certains modèles conçus en France et au Québec et qui reposaient sur le principe des «phases» à respecter dans une démarche de réinsertion.

J'ai donc quitté mon poste à l'hôpital pour joindre ce SEMO.

Jusque-là il faut dire que la plupart des tentatives réalisées pour réinsérer ces gens avaient avorté. Nous avons réalisé que ce qui était proposé à ces personnes ne correspondait pas à leurs capacités et à leur préparation. C'était trop exigeant.

On ne peut pas demander à ces gens de tenir une semaine de quarante heures par exemple. Ces personnes n'ont souvent pas vécu une expérience de travail depuis des années, sont peu ou pas scolarisées, sont démunies sur le plan financier... En réalité le tableau est assez sombre.

On ne peut donc pas logiquement leur demander en sortant de l'hôpital de respecter un horaire, d'avoir une certaine productivité et une certaine qualité dans cette productivité, etc. Les personnes psychiatrisées ne sont pas pour la plupart capables de correspondre à ces exigences-là en sortant de l'hôpital.

Les programmes gouvernementaux de placement sont peu adaptés à des clientèles particulières, surtout en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le SEMO était donc au début un projet pilote, une tentative de validation d'un programme systématique de réinsertion appliqué à la clientèle psychiatrisée. Plus tard cela allait mener au programme en quatre phases qui lui, donnerait de bons résultats.

La pensée ou la réflexion sous-jacente était qu'il est illogique de réinsérer des personnes à un système qui les a peut-être rendues malades. On ne doit pas leur présenter les choses qu'elles ont déjà refusées. Il faut aider ces personnes à trouver leur créneau dans la société.

M.L.L. *Pouvez-vous définir les quatre phases auxquelles vous avez référé en parlant de continuum?*

P. Dorion: La première phase consistait à développer des habitudes de travail plus que des habiletés. La deuxième phase touchait sommairement les habiletés, on travaillait un peu plus. Ainsi, la personne passait par exemple d'une heure à une heure et demie de travail par semaine.

Les phases trois et quatre approfondissaient encore plus les habitudes et les habiletés de travail.

On prenait la personne au début, c'est-à-dire comme si elle n'avait jamais travaillé. La démarche débutait par une période d'observation, un temps où on identifie avec la personne des habiletés qu'elle ne possède pas et qu'elle devrait posséder comme le respect de l'autorité, la ponctualité, la tenue vestimentaire... A partir de là on établissait un cheminement sur les quatre phases.

M.L.L. *Quelle était la principale motivation des gens à s'inscrire à ce programme?*

P. Dorion: La première motivation était de travailler pour avoir de l'argent. Au début, ils recevaient uniquement un genre d'allocation qui tenait lieu de renforcement. Avec cet argent les gens pouvaient s'acheter ce qu'ils voulaient, cigarettes, café, etc. C'était eux qui décidaient.

Ils se rendaient compte que plus ils montaient dans les phases et plus ils recevaient d'argent.

A travers ça il y avait tout un apprentissage qui se faisait finement et subtilement. Ainsi, par exemple, la personne développait son réseau social.

La personne passait pour ainsi dire du plus facile au plus difficile en termes de tâches à effectuer, de comportements à adopter, au niveau de sa pensée par rapport au travail, de sa perception d'elle en tant que personne vivant un handicap par rapport à d'autres gens.

On touchait la personne globalement autant dans ses habiletés sociales que ses habiletés au travail, la démarche n'était pas uniquement axée sur la tâche.

M.L.L. *Ces personnes étaient-elles dans des ateliers protégés?*

P. Dorion: Non, c'est-à-dire que dans les phases un et deux il y avait deux volets protégés dans le sens que ces personnes bénéficiaient d'une supervision particulière.

On retrouvait cependant ces personnes sur le marché du travail courant. Elles travaillaient par exemple sur un contrat de démolition, de raclage d'un gazon de la municipalité, de décapage de meubles, etc.

Au début il s'agissait toujours de tâches simples, et il y avait toujours quelqu'un avec l'individu pour lui donner du feedback.

Il y avait aussi des discussions de groupes où les gens disaient comment ils se sentaient. On retrouvait de plus des périodes d'information sur des questions comme l'aide sociale versus le travail, les programmes divers de retour aux études, ce genre de choses.

Tout cela était amorcé au début des phases et s'affinait au fur et à mesure que la personne progressait.

Un autre point intéressant et important à souligner c'est l'effort que nous avons mis à bâtir un programme de formation adapté. Ça n'existait pas à l'époque.

On parle ici de formation académique et d'acquisition d'habiletés spécifiques.

On travaillait avec la CFP, par exemple, à fournir une formation en entretien paysager. Cela correspondait aux goûts et capacités de plusieurs.

Il s'agissait d'une tâche saisonnière, qui s'effectuait dehors en contact avec la terre et ce qui était vraiment bien c'est qu'on ne les enfermait pas dans une classe pour apprendre le métier.

On ne formait pas des horticulteurs ou des paysagistes mais ces personnes pouvaient tout de même effectuer plusieurs tâches très utiles.

La CFP nous fournissait un formateur sensibilisé à cette clientèle. La formation était subventionnée par la municipalité et l'OPHQ.

M.L.L. *Vous semblez dire que la formation courante dispensée dans les divers lieux d'enseignement est trop intellectuelle, trop cognitive et qu'elle peut être source de troubles comportementaux pouvant devenir des pathologies, est-ce exact?*

P. Dorion: Ces personnes ont des problèmes comme le manque de concentration, ce qui fait qu'un apprentissage académique leur correspond plus ou moins. Ces personnes peuvent apprendre si l'enseignement est adapté, si vous ne les assoyez pas trois heures durant devant des formules et des tableaux.

Il faut faire atterrir la formation et que la théorie soit appliquée dans la pratique. L'abstraction est une chose difficile pour plusieurs de ces clients. Il faut qu'ils comprennent à quoi va leur servir la connaissance. Ainsi on peut faire de l'arithmétique en leur apprenant à gérer leur budget.

M.L.L.: *Une de vos grandes forces est sans doute d'avoir réussi à vous brancher sur le réseau social et de le faire contribuer à votre tâche.*

P. Dorion: Je réalise en effet que c'était une grande force. On travaillait autant avec le ministère des Affaires sociales, l'OPHQ, le médecin de famille, le curé, le maire... on utilisait toutes les instances qui pouvaient nous servir parce qu'elles étaient significatives pour ces personnes. On ne faisait pas de prise à charge directe, on travaillait constamment avec le milieu.

Par exemple, on savait que tel client aimait beaucoup un certain individu. On s'arrangeait pour les mettre en contact et on montrait à cet individu comment inculquer certaines choses à notre client, parce que lui était plus significatif.

On pouvait aussi rencontrer le soignant et lui dire: on pense faire telle démarche avec ce patient; pensez-vous que ça va convenir? Ainsi, on allait chercher des avis et des appuis. On s'assurait d'avoir un encadrement souple mais en même temps bien enveloppant pour la personne. Elle était vraiment supportée.

M.L.L.: *Un responsable du programme de réinsertion au travail s'occupait de combien de clients?*

P. Dorion: Un intervenant pour cinq personnes environ. Notre service était très personnalisé.

Plus la personne retrouvait son pouvoir personnel, plus on s'estompait, la laissant puiser directement dans les ressources du milieu.

M.L.L.: *Quelle est la barrière la plus importante que vous ayez rencontrée dans le travail de réinsertion de ces personnes?*

P. Dorion: La communauté; les préjugés et les limites que le système impose à ces gens-là.

Quand quelque chose bloquait, c'est que le réseau ne voulait pas embarquer.

Généralement, cela était dû à une mauvaise connaissance de cette clientèle. Parfois on voulait imposer des normes qui ne convenaient pas ou encore des services non-individualisés... et ça ne marchait pas.

Avec une clientèle particulière, on ne peut pas offrir des services pour la masse.

Plus le service est personnalisé, plus le taux de réussite est élevé.

Le problème n'est pas tellement les difficultés d'apprentissage. Si cet apprentissage correspond à un besoin chez eux, ils vont le faire.

M.L.L.: *Quel est le taux de réussite approximatif de vos interventions en réinsertion sociale?*

P. Dorion: En ce qui concerne les personnes chronicisées par exemple ayant un historique de 7 ou 8 hospitalisations, 15 ans dans le réseau (ce qui représente de gros cas), alors notre taux de réussite était de 20%; c'est très encourageant.

N'oublions pas que c'est une clientèle dont on disait: il n'y a rien à faire! On réussissait à les remettre sur le marché du travail, dans une entreprise avec du monde ordinaire, mais avec un rythme de travail qui leur correspondait.

Des fois, certains débarquaient mais ce qui est fantastique c'est qu'ils réembarquaient par leurs propres moyens. Ils étaient outillés, ils connaissaient les techniques dynamiques de recherche d'emploi, etc.

Avec les personnes moins hypothéquées, le taux de succès était presque de 100%. Considérons toujours ce taux en rapport avec l'ambition qu'avait la personne. Finalement nous étions là pour l'aider à atteindre ses buts.

La personne rencontrait ses attentes personnelles, elle avait résolu ce qu'elle avait identifié comme problèmes.

On l'amenait aussi à prendre conscience de ce qui pouvait faire obstacle à sa vie en société. Cependant on ne touchait pas à un problème auquel la personne ne voulait pas toucher.

Prenons l'exemple d'une personne qui a un problème avec l'alcool et qui présente une problématique psychiatrique. On pouvait l'aider à résoudre ses problèmes de réinsertion mais on touchait peu à son problème d'alcool. Cette personne apprenait donc à ne pas boire lorsqu'elle travaillait mais pouvait prendre un coup en fin de semaine. On ne réglait pas tous les problèmes, mai on rendait les gens fonctionnels au niveau du travail et au niveau social jusqu'à un certain point.

M.L.L.: *Si je comprends bien, votre approche des personnes atteintes de maladie mentale est une forme de relation d'aide constante?*

P. Dorion: C'est la relation, c'est du counselling qui part du point de vue humain et qui est très empathique.

M.L.L.: *Aviez-vous des difficultés dues au fait que les gens ne prenaient pas leurs médicaments?*

P. Dorion: Lorsque la personne ne les prenait pas, on le voyait tout de suite dans son comportement. Il est certain que ça demande un suivi particulier et surtout très régulier.

M.L.L.: *Quelle place donnez-voous aux pédagogues dans la démarche de réinsertion sociale de cette clientèle?*

P. Dorion: Un pédagogue pour moi c'est quelqu'un qui montre quelque chose à quelqu'un. Donc selon moi les pédagogues ont tout à voir dans ce domaine-là.

Si je connaissais l'optique que les pédagogues de la CECM ont choisie pour travailler auprès de cette clientèle, j'aurais

plus de messages de contenu à livrer.

Ce que je constate en tout cas c'est l'importance d'instaurer un service pédagogique personnalisé, accompagné d'un suivi bien orchestré.

M.L.L.: *L'initiative à laquelle vous avez contribué était un programme pilote subventionné, votre pratique a-t-elle été validée par des instances officielles?*

P. Dorion: Indirectement. A ce propos, j'aimerais vous raconter une anecdote intéressante.

Des professionnels du Conseil national de main-d'oeuvre, de la CFP, de l'OPHQ, du Centre d'emploi du Canada, etc., se sont penchés sur les aspects qui entourent la personne handicapée mentalement et ont réalisé une étude d'envergure qui fut aussi fort coûteuse.

Cette équipe en est venue aux mêmes conclusions que notre programme, qui lui était en application depuis deux ans à ce moment-là...

ANNEXE I
QUELQUES DÉFINITIONS DES MALADIES MENTALES ET LEUR MÉDICATION,

Tiré de: Lamontagne, Y., Lesage, A. (1983). *Vivre et travailler avec la schizophrénie.* Edisem, p. 61 à 71.

LA SCHIZOPHRÉNIE: État pathologique caractérisé par une rupture de contact avec le monde ambiant, le retrait de la réalité, une pensée autistique. _ Sous le terme de schizophrénie, on regroupe un ensemble de troubles tels que des idées délirantes (vol de la pensée, par exemple), des hallucinations auditives (une voix commente les idées du sujet), un raisonnement illogique, l'indifférence affective, l'isolement social, une conduite étrange (accumuler des ordures chez soi, se parler en public...).

La schizophrénie est une maladie universelle. On la rencontre sous tous les climats et toujours dans les mêmes proportions: un à deux cas pour 10 000 habitants (A. Jablensky, O.M.S., 1986).

Le schizophrène vit dans un monde archaïque; ses acquisitions et ses facultés intellectuelles ne sont pas détériorées de façon irréversible, mais sa pensée suit une logique qui lui est personnelle, égocentrique, magique. Retranché dans son univers morbide, il semble inerte et indifférent au monde qui l'entoure; il vit dans la solitude de ses rêveries.

Les principales formes cliniques de la schizophrénie sont le *type désorganisé*, caractérisé par l'incohérence de la pensée, l'absence d'idées délirantes systématisées et une affectivité émoussée, inappropriée ou niaise; le *type catatonique* (mutisme, négativisme, maintien volontaire d'une posture...) et le *type paranoïde* (idées délirantes de persécution, de grandeur, de jalousie...). On a essayé de comprendre les causes de cette affection, qui apparaît généralement entre quinze et quarante-cinq ans, mais aucune explication proposée n'est satisfaisante: H. Gurling (1988) incrimine le mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs gènes situés sur le chromosome n° 5. Certains croient qu'il pourrait s'agir de séquelles d'encéphalite, mais on ne trouve pas de lésions spécifiques de la schizophrénie. S. Freud note la fréquence de tendances homosexuelles inconscientes; d'autres invoquent la mauvaise qualité du lien inter-humain par suite d'une carence affective précoce ou de l'attitude castratrice d'une mère abusive, etc. La schizophrénie évolue tantôt par poussées, tantôt d'une façon continue. Elle est sensible aux neuroleptiques et à la clozapine (J. Kane, 1988).

Syndromes négatifs: diminutions ou pertes de fonctions (apragmatisme, perte de contact social, d'intérêts, etc.)
Syndromes positifs: productions psychotiques (hallucinatins, délires, etc.)
Positive and Negative Symptom Scale (PANSS). Kay, Opler & Fiszbein, 1987.

Médication:
- les psychotropes
- les sédatifs (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques)
- les stimulants (antidépresseurs, etc.)

Ils agissent sur le système nerveux central, et sont capables de modifier l'activité mentale et la conduite d'un individu.

Les neuroleptiques sont des agents antischizophréniques. Ils agissent sur le psychisme («sensations, humeurs, conscience, et d'autres fonctions psychologiques et comportementales», Ginestet et Peron-Magnan, 1984, p. 13). Ayant des effets secondaires neuro-musculaires, le sujet doit prendre des antiparkinsoniens,

ou des anticholénergiques, pour contrer ces effets.

Les variations individuelles aux neuroleptiques, les combinaisons de divers médicaments, la sensibilité aux effets secondaires ainsi que le dosage prescrit, doivent être pris en considération.

Les victimes de schizophrénie et leurs familles trouvent parfois déroutante la profusion de médicaments utilisés pour lutter contre la schizophrénie. Ils trouvent difficile de déterminer l'effet de chacun d'eux.

Dans les précédents chapitres, chaque fois que nous faisions référence à <<la médication>>, nous entendions les neuroleptiques qui sont des agents antischizophréniques. Chaque fois que nous mentionnions <<être sous médication>>, <<augmenter ou diminuer la médication>> ou <<arrêter la médication>>, nous faisions encore référence aux neuroleptiques.

D'autres types de médicaments sont également utilisés, de façon occasionnelle, dans le cours de la maladie: certains agents destinés à contrer les effets secondaires neuromusculaires des neuroleptiques, des hypnotiques, des tranquillisants mineurs, des sels de lithium, des anticonvulsivants, des antihistaminiques et des antidépresseurs. Nous les examinerons brièvement dans ce chapitre.

Neuroleptiques: Les neuroleptiques sont des médicaments (agents pharmacologiques) qui inversent les symptômes schizophréniques. On les appelait autrefois <<tranquillisants majeurs>>, mais cette dénomination n'est plus tellement utilisée de nos jours, parce qu'elle donnait une idée fausse de la nature de ces agents. Certains d'entre eux <<tranquilisent>> effectivement, mais pas tous, et cet effet tranquillisant (ou sédatif) constitue un effet secondaire et non l'effet principal pour lesquels on les prescrit. L'effet tranquillisant caractérise davantage les tranquillisants mineurs comme le librium et le valium, lesquels ne sont *pas* apparentés chimiquement aux neuroleptiques et sont peu utilisés dans la schizophrénie, sauf dans certaines circonstances particulières.

On utilise couramment environ une vingtaine de neuroleptiques qui portent chacun plusieurs noms. Un de ces noms est celui officiellement approuvé. (la Dénomination Commune Internationale); les autres sont des dénominations commerciales - chaque compagnie pharmaceutique baptisant à sa guise le médicament. Dans ce chapitre, nous utiliserons la dénomination officielle et seulement une ou deux des marques de commerce les plus populaires pour identifier chaque médicament. Parfois, la même composition chimique est mise sur le marché à un prix différent, par différentes compagnies pharmaceutiques: par exemple, un comprimé de 100 mg peut coûter un peu plus cher que deux comprimés de 50 mg. Il est sage d'évaluer le prix des comprimés en pharmacie et de discuter du coût et de tout autre aspect relatif à la médication avec son médecin traitant.

Les neuroleptiques proviennent de différentes structures chimiques et portent plusieurs noms différents. Cependant, tous agissent *de la même façon* sur la schizophrénie: ils réduisent tous la transmission d'une substance chimique cérébrale, la dopamine, qui véhicule les influx de certaines cellules spécifiques du cerveau à d'autres cellules cérébrales spécifiques. La baisse de la dopamine entraine une réduction de la fréquence des hallucinations, des délires et de la pensée illogique. On ne sait pas exactement comment cela se produit, mais cela pourrait tenir à la nature des voies nerveuses contrôlées par la molécule de dopamine. Toutes les molécules de neuroleptiques peuvent prendre la forme de la molécule de dopamine; de cette façon elles <<trompent>> le récepteur de la dopamine, situé sur la surface de la cellule nerveuse et empêchent la dopamine de traverser et d'exciter la cellule. Les neuroleptiques sont efficaces contre la schizophrénie, mais ne sont pas utilisés dans la plupart des autres états psychiatriques, comme les dépressions, les phobies ou les anxiétés.

Bien que tous les neuroleptiques interfèrent avec la dopamine de la même façon, chacun possède en outre d'autres propriétés différentes. Ainsi, ils diffèrent par leurs effets sur les

substances chimiques cérébrales autres que la dopamine.

La chlorpromazine (Largactil, Thorazine) affecte également la transmission de la noradrénaline, ce qui explique son effet sédatif.

La thioradazine (Mellaril) perturbe la transmission de l'acétylcholine et provoque certains effets désagréables: vision embrouillée, bouche sèche et, chez l'homme, difficultés d'érection et d'éjaculation. L'interférence avec la transmission de l'acétylcholine peut toutefois s'avérer utile, étant donné que le cerveau maintient un équilibre entre la dopamine et l'acétylcholine. Lorsque l'une diminue, il se produit une prépondérance correspondante de l'autre. Ainsi, avec la plupart des neuroleptiques, la dopamine diminue et il se produit donc un accroissement correspondant d'acétylcholine. Cela peut provoquer des tremblements, de la raideur musculaire, des crampes musculaires et de l'agitation motrice. La thioridazine offre l'avantage de ne pas produire ces effets musculaires, parce qu'elle interfère autant avec l'acétylcholine qu'avec la dopamine, mais ses effets peuvent être dangereux, particulièrement chez les personnes âgées. La thioridazine doit être utilisée avec beaucoup de précautions, particulièrement lorsqu'elle est administrée à des doses relativement élevées. Ceci s'explique par le fait qu'elle ne se dissout pas dans les substances graisseuses à la surface de la cellule nerveuse où sont situés les récepteurs chimiques.

Les neuroleptiques comme la perphénazine (Trilafon, Trilifan), la trifluopérazine (Stélazine, Terfluzine), la fluphénazine (Moditen, Prolexin) et l'halopéridol (Haldol) se dissolvent facilement dans les graisses; par conséquent, les doses peuvent être très faibles. Deux milligrammes d'halopéridol exercent le même effet antischizophrénique que 100 mg de chlorpromazine ou de thioridazine. Les parents s'étonnent souvent qu'un individu doive prendre autant de milligrammes d'un médicament donné, alors qu'un autre en prend apparemment si peu. En effet, la personne recevant une faible dose prend probablement un médicament antischizophrénique plus puissant. Les patients se demandent souvent pourquoi ils subissent apparemment autant d'effets secondaires et pas les autres patients, pourquoi un individu semble s'améliorer si rapidement dès le début de la médication, alors qu'un autre met si longtemps à se rétablir. C'est parce que le type et la dose de médicaments sont adaptés à chaque individu.

Le type et la dose de neuroleptiques à auxquels une personne réagit dépend de plusieurs facteurs: taille, poids, degré d'activité, alimentation, état de santé général, autres médicaments administrés en même temps, vitesse de digestion, importance des réserves de graisses corporelles, etc. Il est assez difficile de prédire exactement à quel neuroleptique réagira une personne donnée. Souvent, le médecin choisit en se basant sur les types d'effets secondaires qu'il produit généralement. Autrement dit, si un patient a l'impression d'être attaqué et s'il lui faut rester sur ses gardes, le médecin évitera de prescrire un neuroleptique qui le fasse somnoler; sinon, il risque de se sentir sans défense, et sa crainte d'être attaqué peut paradoxalement augmenter. Si une personne a l'impression que son corps est contrôlé par des forces extérieures, le médecin évitera de lui prescrire un neuroleptique qui lui fasse éprouver de la rigidité ou de la paralysie, sinon, son impression d'être contrôlée risque d'augmenter.

Parfois, des médicaments à longue durée d'action ou des <<préparations-dépôt>> sont utilisés. Ce sont des neuroleptiques dont l'effet dure une ou plusieurs semaines. Ils sont administrés par injection dans un muscle profond. La décanoate de fluphénazine (<<décanoate de Prolixin>>, <<Modécate>>) est l'un des médicaments-dépôt le plus utilisé bien que, dans certains pays, on ait recours à plusieurs autres. Les avantages de ce traitement résident dans le fait qu'il court-circuite le tractus digestif; certaines personnes absorbant mal les médicaments, il est plus facile de les suivre, car elles n'ont pas à se fier à leur mémoire pour se rappeler de prendre leurs médicaments aux moments prescrits. Ce traitement est en outre moins onéreux. Il implique que le patient se

rende une fois par semaine (parfois moins souvent) à la clinique pour recevoir son injection; une fois là, il peut participer aux autres activités de la clinique. Malgré tous ces avantages, certains médecins n'aiment pas prescrire des neuroleptiques-dépôt parce que cela fait de la prise de médicaments une expérience passive pour le patient. Toutes proportions gardées, il est préférable que le patient soit actif dans la prise de ses médicaments, qu'il en comprenne le fonctionnement et qu'il soit familiarisé avec les doses, les effets secondaires, les délais nécessaires avant qu'une réaction se manifeste, etc. Il vaut mieux finalement que le patient participe le plus possible au traitement.

Plusieurs parents sont préoccupés des effets secondaires à long terme des médicaments. Les neuroleptiques sont utilisés depuis maintenant près de trente ans; aussi est-il peu probable qu'on fasse de nouvelles découvertes concernant les effets secondaires dangereux à long terme. Certains effets secondaires à long terme existent effectivement. Plusieurs personnes, après l'utilisation de neuroleptiques pendant de nombreuses années, sont affectées d'une décoloration de la peau et de quelques dépôts opaques sur la cornée ou sur le cristallin de l'oeil, lesquels, par ailleurs, ne nuisent pas à la vision. Certaines autres, après plusieurs années d'utilisation, sont affligées de tics et de crampes musculaires, particulièrement au niveau des muscles faciaux. Dans la plupart des cas, lorsque l'administration de neuroleptiques cesse, ces tics et ces crampes augmentent un peu pour disparaître par la suite. Cependant, chez certaines personnes, particulièrement les gens âgés, ils ne disparaissent pas, même lorsque la prise de neuroleptiques a cessé depuis quelque temps. La raison en est obscure. Les familles peuvent juger ces tics ennuyeux, bien que la plupart des patients ne semblent pas s'en apercevoir et les considèrent souvent comme bien peu de chose, s'ils ont pu s'assurer d'éviter la psychose. Ces tics et ces tremblements qui persistent après que la médication ait cessé constituent la *dyskinésie tardive*, ce qui signifie mouvements désordonnés d'apparition tardive.

Plusieurs parents demandent: <<Quand la médication devrait-elle cesser?>> Personne ne peut vraiment répondre à cette question. Certaines personnes, bien qu'elles continuent à être affligées de symptômes schizophréniques, peuvent arrêter de prendre leurs médicaments, sans que les symptômes s'aggravent. Cependant, d'autres peuvent n'avoir aucun symptôme et se sentir en parfaite santé, mais dès qu'ils arrêtent la prise de médicaments, ils subissent à nouveau un épisode intégral de schizophrénie. C'est pourquoi il est si difficile de décider quand il faut arrêter les neuroleptiques. De nombreux médecins favorisent une diminution progressive, accompagnée d'une observation minutieuse et du support détaillé que fournit le patient de ses sentiments subjectifs. Certains patients en arrivent à se connaître si bien qu'ils peuvent savoir quand les symptômes vont débuter et prendre alors, par eux-mêmes, plus de médicaments. Cependant, il faut plusieurs années pour se connaître ainsi et pour que cette automédication puisse être efficace. Certains médecins recommandent des interruptions périodiques de médication (quelques jours ou quelques semaines sans médicament), mais pour nombre de personnes, cela peut être hasardeux. Il est recommandé de suivre très fidèlement les conseils de son médecin à ce sujet et en ce qui concerne tous les autres aspects liés à la prise de médicaments.

Médicaments destinés à contrer les effets secondaires neuromusculaires (antiparkinsoniens): Puisqu'il existe un équilibre, dans le cerveau, entre les neurotransmetteurs de la dopamine et ceux de l'acétylcholine, l'utilisation des neuroleptiques (qui bloquent la dopamine) produit fréquemment une prépondérance correspondante de l'acétylcholine. Cela provoque un état qui ressemble à la maladie de Parkinson et qui est caractérisé par des tremblements, de la rigidité, de l'agitation, un visage sans expression et, parfois, des crampes musculaires. Ces effets secondaires sont généralement de courte durée et réversibles, grâce à l'addition d'agents <<anticholénergiques>>, communément appelés antiparkinsoniens. Il en existe plusieurs. Les plus fréquemment prescrits sont la benzatropine (Co-

gentin), le trihexyphenidyl (Artane) et la procyclidine (Kémadrin). Ceux-ci ne sont pas prescrits pour contrer les symptômes de la schizophrénie, ni pour prévenir une rechute, mais bien pour anihiler les effets secondaires des neuroleptiques. Si le patient ne prend pas de neuroleptiques, il n'a pas besoin d'antiparkinsoniens. S'il prend encore des neuroleptiques, mais que les effets secondaires musculaires initiaux ont disparu, comme cela se produit généralement, l'administration d'antiparkinsoniens doit cesser. Par eux-mêmes, ces médicaments possèdent un potentiel toxique et ne sont pas dépourvus d'effets secondaires. Quand on arrête leur prise pour la première fois, il peut se produire une courte réaction de manque, faite de nausées et de vomissements, et qui disparaît en deux ou trois jours. Certains effets secondaires musculaires réagissent mieux à un type de médicaments, et certains à d'autres. Si le contrôle des effets secondaires n'est pas satisfaisant, il faut en avertir le médecin.

Hypnotiques: Comme bien d'autres personnes, les schizophrènes peuvent souffrir d'insomnie. Une bonne nuit de sommeil étant importante pour la victime de schizophrénie, certains médecins peuvent leur prescrire un somnifère. Puisque certains neuroleptiques sont sédatifs, une augmentation de la dose de neuroleptiques au coucher peut suffire. Dans d'autres circonstances, le psychiatre peut préférer prescrire des tranquillisants mineurs, des antihistaminiques, de l'hydrate de chloral ou d'autres somnifères. Il ne faut pas hésiter à poser quelque question que ce soit, concernant le choix d'un hypnotique particulier ou d'un somnifère, au médecin traitant.

Tranquillisants mineurs: Ils sont utilisés pour surmonter l'anxiété et sont parfois appelés anxiolytiques. Il en existe plusieurs: les benzodiazépines <<Librium>> et <<Valium>> sont les plus connues. Par contre, leur mécanisme d'action est mal connu. Une hypothèse propose qu'elles réduisent l'anxiété en augmentant la concentration dans le cerveau d'un neurotransmetteur appelé acide gamma-aminobutyrique (GABA). Si l'anxiété est sans aucun doute un phénomène universel, elle est particulièrement éprouvante pour les schizophrènes, et le psychiatre peut souhaiter la réduire. Les anxiolytiques sont efficaces à court terme, mais ils perdent généralement cette efficacité après quelques semaines; par conséquent, on ne les prescrit habituellement pas pour de longues périodes. Il peut cependant exister des exceptions à cette règle. Ces agents sont également des relaxants musculaires et des anticonvulsivants. Ils sont parfois utilisés pour contrer les effets secondaires musculaires des neuroleptiques.

Sels de lithium: Le lithium (<<Lithane>>, <<Carbolith>>) est utilisé comme régulateur de l'humeur. Les sautes d'humeur ne constituent généralement pas le problème principal de la schizophrénie, mais elles pourraient s'y ajouter; le lithium peut alors être utilisé conjointement avec les neuroleptiques. Certaines personnes souffrant de schizophrénie ne réagissent pas aux neuroleptiques, mais répondent bien au lithium.

Anticonvulsivants: Les schizophrènes ne souffrent généralement pas de crises convulsives, mais certaines personnes sont victimes d'une forme combinée de schizophrénie et d'épilepsie. Pour elles, les neuroleptiques peuvent être prescrits en même temps que des anticonvulsivants. Le plus fréquemment utilisé est la phénytoïne (<<Dilantin>>). Quelques rares personnes souffrant de schizophrénie ne réagissent pas aux neuroleptiques, mais elles sont soulagées par un anticonvulsivant.

Antihistaminiques: Ce sont des médicaments anti-allergiques, vaguement apparentés aux neuroleptiques par leur structure chimique. Ils s'avèrent souvent efficaces contre certains effets secondaires musculaires des neuroleptiques et peuvent être utilisés à cette fin. La chlorphéniramine (<<Chlor-tripolon>>), la diphénhydramine (<<Bénadryl>>) et la prométhazine (<<Phénergan>>) sont les plus fréquemment utilisés. Ils sont également sédatifs, et peuvent alors être prescrits aux individus souffrant d'allergie, conjointement avec les neuroleptiques.

Antidépresseurs: Il existe plusieurs types d'antidépresseurs. Les plus utilisés sont dits tricycliques, parce que leur structure chimique se compose de trois cycles. On pense qu'ils exercent leur action en contrôlant deux substances chimiques cérébrales appelées noradrénaline et sérotonine. Les plus connus sont l'imipramine (<<Toptrafil>>) et l'amitriptyline (<<Elavil>>). Ils sont utilisés contre la dépression et peuvent servir, en cas de schizophrénie, quand une dépression secondaire est présente. Ils exercent leurs propres effets secondaires qui peuvent s'ajouter à ceux des neuroleptiques et des antiparkinsoniens; c'est pourquoi les doses de ces trois médicaments doivent être soigneusement déterminées. Les antidépresseurs n'agissent qu'au bout d'une période de dix jours à trois semaines; on ne peut donc pas s'attendre à ce que les symptômes dépressifs s'améliorent immédiatement. Les doses doivent souvent être augmentées graduellement, par étapes, avant que les effets maximaux ne soient obtenus. Parfois, il faut essayer de deux à trois différents antidépresseurs, avant de trouver le bon.

Autres médicaments: D'autres médicaments sont parfois utilisés pour certaines personnes présentant des difficultés particulières et, bien sûr, de nouveaux agents sont continuellement expérimentés. Le patient ne doit pas hésiter à demander à son médecin de lui expliquer l'utilisation de toute médication qui ne lui est pas familière. Les amphétamines et autres substances utilisées comme amaigrissants ne sont pas recommandées pour les schizophrènes, car elles peuvent déclencher des symptômes de psychose. Il est important de s'assurer que tous les médecins traitants sachent, sans exception, quels médicaments un patient reçoit: médicaments prescrits et médicaments obtenus sans prescription. Ces derniers comprennent: les aspirines, les gouttes pour le nez, les gouttes pour les yeux, la pilule contraceptive, les injections contre l'allergie, les vitamines et certaines substances chimiques, comme la caféine (qu'on retrouve dans le café, le thé, le chocolat et le coca-cola), l'alcool, la marijuana et la nicotine. Les médicaments, particulièrement lorsqu'ils sont pris en combinaison avec d'autres substances chimiques, peuvent entraîner la somnolence, de telle sorte que la conduite d'un véhicule automobile ou la proximité de machines dangereuses doivent être évitées, jusqu'à ce que l'effet du médicament soit bien établi.

MALADIES AFFECTIVES: Dépression chronique-Maniaco-dépressifs. Selon le DSM III, 3 de ces critères doivent être présents pendant une durée supérieure à deux ans, soit de façon permanente, soit avec des rémissions brèves:

- insomnie ou hypersomnie
- baisse de l'énergie ou fatigue chronique
- sentiments d'inadéquation
- diminution de l'activité ou de la productivité
- diminution de la concentration, de l'attention etde la lucidité
- retrait social
- perte d'intérêt et de satisfaction sexuelle
- réduction des activités de plaisir
- impression d'être tombé bas
- parle moins que d'habitude
- attitude pessimiste pour le futur et pour le passé
- larmoiement et pleurs
- idées récurrentes de mort et de suicide.

Médication: *Antidépresseurs ou thymoanaleptiques*, ont pour effet d'»inverser l'humeur»; ils seront efficaces dans la dépression mélancolique et à moindre degré dans les dépressions névrotiques.

2 grandes familles chimiques:
1) les dérivés de l'IMIDOBENZILE (Imipramine, chlorimipramine, amitriptyline)
2) Les I.M.A.O. ou inhibiteurs de la monoamineoxydase (iproniazide, nialamide, iproclozide).

Les analeptiques sont stimulateurs de la vigilance et de l'humeur. On pense qu'ils exercent leur action en contrôlant deux substances chimiques cérébrales appelées noradrénaline et sérotonine. Comme ils ont leurs effets secondaires propres, les doses de ces médicaments doivent être soigneusement déterminées.

Maniaco-dépressif: Trouble de l'humeur caractérisé par l'alternance de phases maniaques et mélancoliques. Des facteurs psychosociaux, les chocs émotionnels jouent un rôle certain dans le déclenchement des troubles.

Maniaque: État d'excitation psychomotrice. Exaltation psychique: accélération des représentations mentales («fuite des idées»). L'attention volontaire est très altérée. L'attention spontanée reste très vive. Les associations d'idées perdent leur caractère logique pour se faire par calembours, jeux de mots, assonances. Bavardage incoercible, euphorie et turbulence. Cet état peut entraîner une déshydratation importante et une insomnie totale.

Dépressif: (ou mélancolique). Ralentissement psychomoteur (diminution passagère ou durable du tonus neuro-psychique). Accablement, prostration. Le sujet parle peu, lentement, d'une voix monotone. Les gestes sont rares et lents. Quand il marche, il se traîne, quand il s'asseoit, il se laisse choir. 2 grandes catégories de symptômes:

a) l'inhibition psychique: lenteur d'idéation, les facultés intellectuelles sont comme engluées. La pensée est pénible, lente, peu productive. Perte de spontanéité dans l'attention, les associations d'idées, la mémoire d'évocation.
b) la douleur morale: sentiment de culpabilité, attente du châtiment, désir de mort.

Médication: ***Sels de lithium*** *(Lithane, Carbolith)* Le lithium est utilisé comme régulateur d'humeur.

Effets secondaires des neuroleptiques:

_Effets extrapyramidaux ou végétatifs particuliers.

En plus de réduire les troubles psychotiques, et de réduire les états d'agitation, les neuroleptiques ont des effets secondaires indésirables variant selon le dosage, le sujet, le type de médicament, etc.

DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES EFFETS SECONDAIRES DES NEUROLEPTIQUES:

(1)*Définitions opérationnelles des effets secondaires des neuroleptiques, tirées d'un document inédit réalisé par Louise F. Tremblay, Ph.D. et Eugénelle Fortin, 1990, Institut Philippe-Pinel de Montréal.*

• Somnolence:

a) envie de dormir difficile à surmonter;
b) qui ne survient pas dans l'heure succédant au repas ni dans l'heure précédent celle du coucher habituelle.
c) au moins 2 fois par jour pendant toute une semaine;

O.D.Peut s'observer directement par un regard fixe; des clignements des yeux de plus en plus lents; une inclination de la tête inappropriée en période d'éveil; une attention inconstante ou difficile à la conversation.

• Dyskinésie aiguë:

a) répétition de petits mouvements à un ou plusieurs niveaux des membres supérieurs (tronc, bras, cou, tête, visage);
b) le(s) mouvement(s) n'a aucune fonction et s'apparente aux tics;
c) le(s) mouvement(s) peut être fréquent mais invariablement inconstant.

La dyskinésie peut avoir des formes variées mais s'observe plus fréquemment par: un mouvement des lèvres qui s'apparente à une mastication; des mouvements brusques du cou par demi-rotation; un balancement avant-arrière ou de côté au niveau de la tête ou du tronc (syndrome de la chaise berçante); des petits gestes brusques et répétitifs des mains ou des bras où l'individu semble «battre» une cadence musicale imaginaire.

O.D.Le diagnostic de la dyskinésie aiguë pourra être effectué si l'interviewer observe les trois caractéristiques associées (a,b,c) illustrées dans la série d'exemples.

• Dyskinésie tardive:
  a) répond à tous les critères de la dyskinésie aiguë, mais diffère par la constance des manifestations;
  b) le trouble doit être constant, c'est-à-dire invariablement présent;
  c) doit être observable directement en entrevue.

  O.D.Fait partie de ses critères diagnostiques.

• Akinésie:
  a) difficulté à exécuter des comportements usuels tels que la marche ou des activités manuelles (peut mener à l'impossibilité de l'action en cause);
  b) lenteur indésirable dans au moins deux (2) activités quotidiennes, par ex.: marche, travaux manuels, exercices physiques, activité de toilette, écriture, etc.;
  c) les activités quotidiennes sont réduites à l'essentiel et il n'y a pas ou très peu de participation aux activités sociales (sports, jeux de société, communication de groupe, etc.);
  d) le patient doit exprimer un désir d'augmenter ses activités sociales et/ou souhaiter l'amélioration de sa condition.

  Le diagnostic différentiel entre l'akinésie et l'apragmatisme schizophrénique se situe généralement au niveau du désir et de la motivation interne du patient. Une akinésie perturbe l'action, le comportement moteur, alors que le desir ou la motivation d'agir demeure présent. L'apragmatisme schizophrénique serait plutôt une perturbation de la motivation à l'action. Ici, le comportement moteur serait absent ou rendu difficile par manque de motivation interne.

• Hypertonie:
  a) apparition spontanée et occasionnelle d'une tension ou raideur musculaire soit au niveau des bras, des jambes ou du cou;
  b) ces tensions musculaires apparaissent en dehors d'une activité sportive ou d'un état de crise psychotique aiguë;
  c) l'hypertonie doit être suffisamment fréquente (plus de cinq fois) pourne pas laisser croire à un mouvement réflexe isolé.

• Parkinsonisme:
  a) tremblement persistant plus de quelques minutes au niveau de la tête et/ou d'un ou des membres;
  b) le(s) tremblement(s) doit être présent pendant les périodes de repos ou d'inactivité motrice et ne doit pas exclusivement accompagner un geste volontaire.

  O.D.Le diagnostic pourra être fait si le(s) tremblement(s) décrit(s) en a et b est présent au moment de l'entrevue.

• Hyperkinésie:
  a) mouvements brusques et fréquents des pieds ou des jambes qui apparaissent lorsque le patient est assis ou couché;
  b) ces mouvements font suite à une sensation d'inconfort qui donne au patient l'envie subite de changer sa position corporelle;
  c) les mouvements sont de type réflexe et semblent incontrôlables pour le patient.

  O.D.En entrevue, l'hyperkinésie serait observable par des mouvements brusques et répétés des jambes; soit que le patient renvoie régulièrement et brusquement ses jambes sous sa chaise, ou qu'il croise et recroise fréquemment ses jambes.

• Akathisie:
  a) difficulté à rester assis calmement sans bouger pendant une demi-heure ou moins;
  b) cette difficulté fait suite à un sentiment d'inconfort général qui pousse le patient à se relever et à changer de position corporelle;
  c) les changements de position sont de type réflexe et semblent incontrôlables pour le patient.

  O.D.Le patient semblera inconfortable sur sa chaise par la manifestation de changements fréquents de position. Si l'entrevue dure plus d'une demi-heure, le patient devra s'être relevé au moins une fois de sa chaise, pour ensuite s'y asseoir à nouveau ou autre.

• Tasikinésie:
  a) difficulté à rester debout immobile qui provoque une marche sans but (peut faire suite aux symptômes de l'akathisie);
  b) l'activité de marche fait suite à un sentiment d'inconfort au repos et n'a pour unique fonction que de soulager cet inconfort;
  c) la compulsion à la marche est incontrôlable pour le patient.

• Constipation:
  a) difficulté à évacuer les matières fécales qui deviennent dures et de couleur foncée;
  b) le trouble doit persister plus de trois (3) jours et nécessite la prise de laxatif;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Rétention urinaire:
  a) difficulté d'initier la miction malgré l'envie d'y parvenir;
  b) s'accompagne d'une sensation de gonflement corporel;
  c) le trouble doit persister plus de trois (3) jours;
  d) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Sécheresse de la bouche:
  a) sensation d'avoir la bouche ou la gorge sèche;
  b) s'accompagne d'une soif plus fréquente et d'une prise de liquide supérieure depuis la prise des neuroleptiques;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Hypotension:
  a) baisse de la pression artérielle au-dessus de 100/90 mm qui provoque des vertiges ou des étourdissements;
  b) étourdissements ou vertige lorsqu'il y a changement de position couchée-debout ou inversement, et/ou vision troublée pendant que le sujet urine;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Tachycardie:
  a) accélération du rythme cardiaque à plus de 100 battements par minute en période de repos;
  b) ne doit pas succéder à une période d'activité physique ni précéder ou accompagner une situation de stress;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Bradycardie:
  a) ralentissement de la fréquence cardiaque à un rythme inférieur à 60 battements par minute;
  b) peut occasionnellement s'accompagner d'une angoisse de mortalité;
  c) ne doit pas être considérée en période d'activité spécifique de relaxation;
  d) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Congestion nasale:
  a) trouble respiratoire qui se manifeste par une difficulté à inspirer-expirer l'air des voies nasales. Doit exister en dehors d'un rhume ou d'une grippe;
  b) le patient a la sensation d'avoir le nez bouché et ne réussit pas à se dégager de façon satisfaisante en se mouchant;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Vision troublée:
  a) difficulté à percevoir nettement les formes et expressions visibles sans trouble de vision typique (myopie, presbytie, etc.);
  b) particulièrement au moment de la lecture ou d'une vision de près;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Troubles sexuels, difficulté éjaculatoire:
  a) difficulté à retenir son éjaculation de façon souhaitée qui provoque une éjaculation précoce; ou difficulté à émettre son éjaculation de façon souhaitée qui provoque une éjaculation tardive; ou impossibilité totale d'éjaculer en situation d'excitation qui provoque une anéjaculation;
  b) la difficulté spécifique d'éjaculation ne s'accompagne pas d'une impossibilité d'érection;
  c) doit suivre la prise des neuroleptiques.

• Trouble de la mémoire à court terme:
  les sujets auront de la difficulté à répondre aux questions par oubli des réponses; c'est-à-dire: qu'ils seront incapables de se rappeler tel ou tel fait de leur vécu contemporain et ce, malgré le désir du souvenir. Comme ce trouble est inconscient, il peut se refléter dans le quoditien du patient, par ex.: dans l'oubli fréquent des activités, ou du prénom de ses camarades.(1)

ANNEXE II
DSM-III: critères diagnostiques

Tout sujet est évalué sur chacun de ces 3 axes:

AXE I:Symptômes (genre de désordre)
Syndromes cliniques, situations non attribuables à un trouble mental, motivant examen ou traitement (codes V), codes additionnels.

AXE II:Personnalité (11 styles: compulsif, etc.)
Troubles de la personnalité (personnalités pathologiques), troubles spécifiques du développement.

AXE III:Santé physique
Troubles et affections physiques.

Les axes IV et V sont utilisables dans des protocoles spéciaux d'études cliniques et de recherche; ils fournissent une information complétant les diagnostics officiels du DSM-III (Axes I, II, III) et pouvant contribuer à établir un traitement et un pronostic.

AXE IV:Déclencheur événement
Sévérité des facteurs de stress psychosociaux.

AXE V:Fonctionnement optimal
Niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé dans l'année écoulée.

ANNEXE III
BIBLIOGRAPHIE

Sur la schizophrénie:

.Lamontagne, Y., Lesage, A. (1983). *Vivre et travailler avec la schizophrénie*. Edisem.

.Perry, W.J. (1981). *Le voyage symbolique*. Paris: Aubier Montagne, Collection de la chair et l'esprit.

Sur l'anti-psychiatrie:

.Broustra, J. (1975). *Les schizophrenes*. Paris: Delarge encyclopédie universitaire.

.Szasz, Thomas (1977). *Le mythe de la maladie mentale*. Paris: Payot.

.Szasz, Thomas (1976). *Schizophrenia: The sacred symbol of psychiatry*. Syracuse University Press.

Sur les neuroleptiques:

.Charette, R., Legault, G., Raymond, L. (1989). Le traitement des effets extrapyramidaux induits par les neuroleptiques (première partie). *Pharmactuel, 22*, 3-5.

.Charette, R., Legault, G., Raymond, L. (1989). Le traitement des effets extrapyramidaux induits par les neuroleptiques (deuxième partie). *Pharmactuel, 22*, 20-25.

.Ginestet, D., Péron-Magnan, P. (1984). *Chimiothérapie psychiatrique*. Paris: Masson.

.Mongeau, S., Roy, M.C. (1988). *Dictionnaire des médicaments*. Québec/Amérique.

.Davis, J.M., Barter, J.T., Kane, J.M. (1989). Anti-psychotic drugs in Kaplan, It. I, Sadock, B. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 2, 51ième édition. Baltimore: Williams & Wilkins.

.Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrom scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-276.

Sur l'intervention en santé mentale:

.Rhéaume, J., Sévigny, R. (1988). Sociologie implicite des intervenants en santé mentale. Tome I: *Les pratiques alternatives*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

.Rhéaume, J., Sévigny, R. (1988). Sociologie implicite des intervenants en santé mentale. Tome II: *La pratique psychothérapeutique*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

.Rogers, Carl (1970). *De la psychothérapie à l'enseignement*. Éd. Epi.

.Watzlawick, Paul (1980). *Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique*. Paris: Éd. du Seuil.

.Gaucher, Dominique (1987). *Au-delà des murs: Organiser l'intervention autour du cheminement des personnes*. Santé mentale du Québec, XII, 2, 129-143.

.Hébert, A. (1985). *La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique*. Sociologie et Sociétés, XVII, nº 1, 61-72.

.Gendreau, C. (1984). *Ressources alternatives vs ressources institutionnelles: de la pensée magique à la concertation de survie*. Administration hospitalière et sociale.

.DSM-III: critères diagnostiques.

.E. Carp et R. Dellaert (1976). *Images du Monde chez les malades mentaux et psychothérapies*, Les Éditions ESF.

Clientèle à desservir : adultes en processus de réinsertion (affect)

· préciser processus de recrutement

Offre de services : développer cognitif

Soutien pédago.
- plan perfection
  - maladie/recherche
  - individualisation
  - suivi d'un projet expérimental
- PIA + soutien clinique
- accueil nouveaux profs

Supervision : relation form./apprenant

Concerto
- réseau de la recherche
- DGEA / CECM / région
- Contrat de services → A.S.I.

Développ.
- Soutien aux organismes
- réseau commun

A produire
- grilles d'analyse des besoins = fct maladie médication
- modèle d'intervention pédagogique → (spécificité de l'andragogie)
- banque d'activités pédagogiques
- mémoire à DGEA (programme - clientèle)

lié / non lié → besoins des adultes VS attentes des organismes : offre de services VS plan de formation

→ décloisonnement de la clientèle →
∘ développ. pers. et social → Quoi faire
∘ cognitif → Qui
∘ form. de base
∘ T.S.P.
programme clientèle US cheminement particulier — un régime pédagogique ex. réinsertion DES etc.

* recherche d'identité des formateurs

Recomm: – établir modèle d'intervention recherche + groupe de travail

– incorporer certaines recomm. au plan d'action du Cegep + C.E.S.